Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales
En Apoyo a los Juzgados Laborales del Circuito de Manizales

Acuse de Recibido

FECHA: Miercoles 21 de Febrero del 2024
HORA: 3:29:32 pm

Se ha registrado en el sistema, la carga de 3 archivos suscritos a nombre de; PAOLO ANDRES FORERO AMAYA, con el radicado; 202300271, correo electrónico registrado; paoloandresforeroamaya@gmail.com, dirigidos al JUZGADO 7 DE FAMILIA.

Si necesita comunicarse con el Centro de Servicios, puede hacerlo dentro de los horarios establecidos al teléfono de atención al usuario, (606) 8879620 ext. 11611

Archivos Cargados
ANEXOS.pdf
CONTESTACION.pdf
PRUEBASTODAS.pdf

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-17001-20240221153059-RJC-6067

SEÑOR

JUZGADO SEPTIMO DE FAMILIA DEL CIRCULO

Manizales- Caldas

ASUNTO: **CONTESTACION DEMANDA DE CESACION DE EFECTOS CIVILES DE MATRIMONIO RELIGIOSO, DISOLUCION Y LIQUIDACION DE SOCIEDAD CONYUGAL.**

DEMANDANTE: **CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ**

DEMANDADO: **JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO**

RADICADO: 2023- 00271-00

I. POSTULADO

PAOLO ANDRES FORERO AMAYA, abogado en ejercicio, mayor de edad, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 1.053.800.558 de la ciudad de Manizales, vecino de la ciudad de Manizales, actuando en representación del señor JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO, mayor de edad, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 75.075.796 de la ciudad de Manizales, vecino de la ciudad de Manizales, por medio del presente escrito de manera atenta y respetuosa presento ante este despacho CONTESTACION DE DEMANDA DE CESACION DE EFECTOS CIVILES DE MATRIMONIO RELIGIOSO, DISOLUCION Y LIQUIDACION DE SOCIEDAD CONYUGAL bajo el radicado No. 2023-00271-00, así:

II. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO Y CONCRETO SOBRE LOS HECHOS

AL HECHO PRIMERO: es cierto, pues el contrato de matrimonio contraído por la señora CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ y el señor JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO fue real y así se puede convalidar con el documento mencionado por la parte demandante.

AL HECHO SEGUNDO: es cierto, ya que el documento anexado por la parte demandante así lo convalida.

AL HECHO TERCERO: no es cierto, puesto que,

Al punto 3.1: En primer lugar nunca por parte del señor JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO se ha utilizado medio de violencia e instigación en contra de la señora CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ así como ella lo indica, tomando en consideración además que menciona la parte actora un supuesto uso de la fuerza y la violencia para tratarle en su diaria convivencia conyugal sin aportar un sustento probatorio como por ejemplo un dictamen de medicina legal donde se evidencias las supuestas agresiones y la violencia intrafamiliar a la que puede estar en riesgo una mujer violentada.

Hasta la fecha mi cliente nunca ha pensado en separarse de la señora CLUDIA LILIANA CARDONA y menos dejarla desprotegida o desamparada con lo que sería su porción conyugal a que tiene derecho dentro del contrato de matrimonio, es por que se hace extraño para el demandado la mención las causales TERCERA y SEXTA del artículo 154 del código civil, puesto que en su buen obrar nunca ha pensado en afectar de esa manera su hogar.

Al punto 3.2: es parcialmente cierto, indicando señor juez que efectivamente el señor JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO sufrió un accidente laboral, en que perdió tres falanges de su mano izquierda y derivado de ese acontecimiento significativo si ha evidenciado cambios psíquicos, pues es que hay que tener de presente que el señor JUAN CARLOS ALARCON depende de su trabajo en la empresa MABE para subsistir y fuera de ello también dedicaba parte de su tiempo a otras funciones en horas no laborales, como por ejemplo tocar la guitarra. (poner que continua trabajando con normalidad y que la pisquis no le ha afectado)

Aunado a lo anterior y a las afectaciones a nivel salud que tuvo el señor JUAN CARLOS ALARCON, hay que mencionar que la señora CLAUDIA LILIANA al momento de los hechos del accidente no fue quien estuvo con el en el hospital sino que quien acudió en su auxilio fue su hermana y así posteriores los dias de recuperación, lo que deja ver que, la demandante no cumplió con uno de los deberes mas importantes dentro del matrimonio y es la ayuda mutua y acompañamiento en la dificultad.

Con respecto a lo que menciona la parte demandante en alusión a los supuestos insultos y groserías no es cierto pues como pretendemos demostrar en esta controversia el señor JUAN CARLOS ALARCON en un primer no es una persona violenta y ha demostrado ser un conyugue responsable, respetuoso y justo en el sentido de que no ha cruzado ningún limite tanto con su esposa como con su único hijo.

Al punto 3.3: es parcialmente pues el señor JUAN CARLOS ALARCON tuvo un tratamiento efectivo por parte de un profesional en el área de salud mental, sin embargo no encuentra este apoderado relación alguna entre tan graves afirmaciones encontra de mi poderdante con respectado a una afectación mental que tuvo por motivos ajenos a su convivencia marital sino debido al ESTRÉS POSTRAUMATICO,

Pero reiteramos en la inexistencia de prueba de agregación y maltrato.

AL HECHO CUARTO: es cierto, pues es esa la dirección de residencia.

III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS EXCEPCIONES

Con respecto a las mismas;

PRIMERA: no me opongo, me encuentro de acuerdo frente a la CESACION DE EFECTOS CIVILES DE MATRIMONIO POR RITO CATOLICO y consiguiente DISOLUCION Y LIQUIDACION DE LA SOCIEDAD CONYUGAL para que la misma sea disuelta por el señor Juez de manera equitativa y ecuánime.

SEGUNDA: me opongo a la pensión sanción a favor de la señora CLAUDIA LILIANA CARDONA RAMIREZ, poniendo en contrario de los artículos que el demandado menciona,

los artículos 2,7,8,9 del articulo 154 del código civil mismos en los que ha incurrido la demandada y que de esta parte se pretenden demostrar en el curso del proceso.

TERCERO: no me opongo.

CUARTO: me opongo, solicitando señor juez que quien sea condenado en constas y agencias en derecho sea la demandada, la señora CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ.

IV. EXCEPCIONES DE MERITO

Fundo la presente excepción en las siguientes razones de orden fáctico y legal:

1**.- BUENA FE Y APEGO AL MATRIMONIO.**

Como quiera que el señor JUAN CARLOS ALARCON, siempre ha actuado de buena fe, teniendo comportamiento decoroso dentro del marco legal, sin que se hubiera pretendido defraudar el contrato matrimonial ni la sociedad conyugal cumpliendo con todas las obligaciones como esposo, por el contrario fue la señora CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ, quien dio lugar en un principio a la causal de divorcio, que se configura en el artículo 154 numeral 2,7,8 y 9 del C.C., En virtud de lo expuesto considero señor(a) Juez(a), esta causal está llamada a prospera

V. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundo la presente contestación de demanda y proposición de excepciones con base en los siguientes Arts. 154 numeral 2,7,8, y 9 del C. C.

VI. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS.

No me opongo a ninguna de las pruebas enlistadas por la parte demandante

VII. PRUEBAS DOCUMENTALES PARTE DEMANDAD

- Certificado de tradición de ambos inmuebles del haber conyugal.
- Escritura de ambos inmuebles del haber conyugal.
- Prediales pagos hasta la fecha
- Facturas de pago de hipoteca de los inmuebles del haber conyugal.
- Factura pago de cuentas de recibos.
- Factura pago a CONFA de la vinculación familiar.
- Declaración ante la DIAN.
- Factura expedida por INVAMA.
- Certificado de ingresos y retenciones.
- Pago de impuestos BANCOLOMBIA.
- Documento tributario crédito de las hipotecas de los inmuebles.
- Contrato de Arrendamiento de una de las viviendas del haber conyugal.
- Certificación de que el señor JUAN ALARCON actuó como juez de paz.
- Historia clínica del señor JUAN CALROS ALARCON.
- Fotografías de consumo de marihuana por el hijo del señor JUAN CARLOS ALARCON y la señora CLAUDIA LILIANA CARDONA al interior de la vivienda, lo que demostrara que los supuestos insultos y agresiones familiares, no han sido mas que llamados de atención obvios a su hijo.

TESTIMONIALES:

Llámese a declarar señor juez, bajo la gravedad de juramento a la siguiente persona, mayor de edad vecino, domiciliado y residenciado en el municipio de Manizales, Caldas a fin de que depongan sobre los hechos y pretensiones de la demanda.

1. **FERNANDO URIBE MARULANDA**
   cc. 10.254.396
   tel: 323 363 9033
   correo: ferurima1956@gmail.com

conducente pertinente y útil porque es el cuñado del señor JUAN ALARCON y podra convalidar la inexistencia del maltrato que se habla dado que es muy cercano a la familia y conoce la relación.

2. **ANA SOFIA ARIAS LADINO**
   c.c 30.236.076
   tel: 313 331 3669

correo: sofiarias280@gmial.com

conducente pertinente y útil pues es inquilina de uno de los inmuebles y puede evidenciar la conducta del señor ALARCON como su arrendador.

3. **LUCIA ALARCON JARAMILLO**
   c.c. 30.293.371
   tel: 316 500 4255

conducente pertinente y útil dado que, como hermana del señor ALARCON podra explicar que fue ella quien lo socorrio y cuido cuando el demandado sufrió el accidente laboral.

4. **JORGE EDUARDO GIRALDO AVENDAÑO**
   c.c 10.280.268
   tel: 310 376 3708

conducente pertinente y útil pues es uno de los vecinos del lugar de residencia del señor ALARCON y la señora LILIANA dando fe de como ha sido el comportamiento desde lo perceptible del matrimonio de estos.

VIII. NOTIFICACIONES

DEMANDANTE:

CLAUDIA LILIANA JIMENEZ, carrera 24 n 56 60 barrio belen, celular 312 804 27 29, correo: angelet0925@hotmail.com

DEMANDADO:

JUAN CARLOS ALARCON, carrera 58 B 19 barrio la cumbre, celular 311 323 7133, correo: juankalarcon127@gmail.com

APODERADO: APODERADO PARTE DEMANDADA:

PAOLO ANDRES FORERO AMAYA, dirección: cll 22 N 22 26 OFICINA 701 edificio del comercio Manizales, celular: 3112812994, correo: paoloandresforeroamaya@gmail.com

Cordialmente,

PAOLO ANDRES FORERO AMAYA

C.C 1.053.800.558

T.P 378.805 del C.S.J

Alcaldía de Manizales

CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL CAM
CALLE 19 No. 21-44
Manizales, Colombia
www.manizales.gov.co

MUNICIPIO DE MANIZALES
NIT 890.801.053-7
Impuesto Predial Unificado

DOCUMENTO DE COBRO
No.1303005814

Fecha de emisión: 2024-01-21
Fecha límite de pago: 2024-02-29
Bimestre: Enero - Febrero

Ley 14/83, Ley 44/90, Ley 1995/2019 y Acuerdos 1083 y 1108 de 2021, 1133 de 2022 y 1150 de 2023 y demás normas concordantes.

No. Predial	0105000000850902900000037
Propietario	FERNANDO JOSE CALDERON OCAMPO
Dest.económica	COMERCIAL
Dir. predio	K 22 C 22 Of 701
Dir. entrega	K 22 C 22 Of 701

No. Ficha	2063536
Identificación	4322912
Estrato	No Registra

Matrícula	100-32058
No. propietarios	1
Ubicación	Urbano
Zona	308
Código postal	

Vigencia	Avalúo	Base	Tarifa	Predial	Sobretasa	Intereses	Descuento	Otros	Total año	Total bimestre
2024	$ 36.426.000	$ 36.426.000	0.0082	$ 298.693	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 298.693	$ 49.782
TOTALES				$ 298,693	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 298,693	$ 49,782

Pagos en entidades

Susuerte — Pago en efectivo

Corresponsales bancarios: Banco Agrario de Colombia, BBVA, Bancolombia, Colpatria, Banco de Occidente, Banco Caja Social, Banco de Bogotá, Banco AV Villas, Davivienda, Banco GNB Sudameris

Punto de pago CIAC

Pagos en línea

A través del portal tributario
impuestos.manizales.gov.co/

Líneas de atención: 8879700

Si al momento de ser realizada la siguiente liquidación usted ya realizó el pago, haga caso omiso de esta.

Telecentros: impresión de facturas

CARLOS JULIO OROZCO PARRA
Unidad de Rentas Municipales
Firma mecánica autorizada mediante resolución No. 016 del 16 de julio de 2021

Normatividad

Pague Aquí

MUNICIPIO MANIZALES

(415)7707228098279(8020)0000130300581 4(3900)0000298693(96)20240229

MUNICIPIO MANIZALES

(415)7707228098279(8020)0000130300581 4(3900)0000049782(96)20240229

VALOR ANUAL $ 298,693

VALOR BIMESTRAL $ 49,782

47165

Powered by CamScanner

La validez de este documento podrá verificarse en la página certificados.supernotariado.gov.co

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE MANIZALES

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240215806789414437 **Nro Matrícula: 100-183400**

Pagina 1 TURNO: 2024-100-1-12798

Impreso el 15 de Febrero de 2024 a las 03:27:59 PM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

CIRCULO REGISTRAL: 100 - MANIZALES DEPTO: CALDAS MUNICIPIO: MANIZALES VEREDA: MANIZALES
FECHA APERTURA: 22-10-2008 RADICACIÓN: 2008-100-6-22670 CON: ESCRITURA DE: 26-08-2008
CODIGO CATASTRAL: **17001010100000383001000000000**COD CATASTRAL ANT: 010100000383001000000000
NUPRE: ARM0003DLEA

ESTADO DEL FOLIO: **ACTIVO**

= = = =

La validez de este documento podrá verificarse en la página certificados.supernotariado.gov.co

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE MANIZALES

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240215806789414437 **Nro Matrícula: 100-183400**

Impreso el 15 de Febrero de 2024 a las 03:27:59 PM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

DIRECCION DEL INMUEBLE

Tipo Predio: URBANO

1) DIAGONAL 60 A CON LA TRANSVERSAL 10 URBANIZACION BETANIA - LA CUMBRE LOTE NRO. 10. MANZANA A.

2) DIAGONAL 60 A TRANSVERSAL 10 A -37 BARRIO BETANIA - LA CUMBRE

DETERMINACION DEL INMUEBLE:

DESTINACION ECONOMICA:

MATRICULA ABIERTA CON BASE EN LA(s) SIGUIENTE(s) (En caso de integración y otros)

100 - 150368

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO
La guarda de la fe pública

ANOTACION: Nro 001 Fecha: 15-10-2008 Radicación: 2008-100-6-22670

Doc: ESCRITURA 6941 DEL 26-08-2008 NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES VALOR ACTO: $0

ESPECIFICACION: OTRO: 0920 LOTEO URBANIZACION DE VIVIENDA UNIFAMILIAR "BETANIA LA CUMBRE SEGUNDA ETAPA"

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

A: OBRAS SOCIALES BETANIA X

ANOTACION: Nro 002 Fecha: 15-10-2008 Radicación: 2008-100-6-22671

Doc: ESCRITURA 8180 DEL 03-10-2008 NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES VALOR ACTO: $0

ESPECIFICACION: OTRO: 0901 ACLARACION Y RATIFICACION E.P. 6941 DEL 26-08-2008 MANIFESTANDO EL AREA CORRECTA DEL LOTE NO.8 DE LA MANZANA E Y DE LAS AREAS DE CESION AL MUNICIPIO.

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

A: OBRAS SOCIALES BETANIA

ANOTACION: Nro 003 Fecha: 23-08-2011 Radicación: 2011-100-6-23631

Doc: ESCRITURA 6522 DEL 18-08-2011 NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES VALOR ACTO: $0

ESPECIFICACION: OTRO: 0904 ACTUALIZACION DE NOMENCLATURA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

A: OBRAS SOCIALES BETANIA **NIT# 8908009758** X

ANOTACION: Nro 004 Fecha: 23-08-2011 Radicación: 2011-100-6-23631

Doc: ESCRITURA 6522 DEL 18-08-2011 NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES VALOR ACTO: $45,000,000

ESPECIFICACION: MODO DE ADQUISICION: 0125 COMPRAVENTA VIVIENDA DE INTERES SOCIAL

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: OBRAS SOCIALES BETANIA **NIT# 8908009758**

A: BERMUDEZ ALEXANDER **CC# 75073077** X

A: ZAPATA VASQUEZ RUBIELA **CC# 30316247** X

ANOTACION: Nro 005 Fecha: 23-08-2011 Radicación: 2011-100-6-23631

Powered by CamScanner

La validez de este documento podrá verificarse en la página certificados.supernotariado.gov.co

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE MANIZALES

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240215806789414437 **Nro Matrícula: 100-183400**

Impreso el 15 de Febrero de 2024 a las 03:27:59 PM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

Doc: ESCRITURA 6522 DEL 18-08-2011 NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES VALOR ACTO: $0

ESPECIFICACION: GRAVAMEN: 0205 HIPOTECA CON CUANTIA INDETERMINADA ABIERTA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: BERMUDEZ ALEXANDER CC# 75073077 X

DE: ZAPATA VASQUEZ RUBIELA CC# 30316247 X

A: OBRAS SOCIALES BETANIA **NIT# 8908009758**

ANOTACION: Nro 006 Fecha: 23-08-2011 Radicación: 2011-100-6-23631

Doc: ESCRITURA 6522 DEL 18-08-2011 NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES VALOR ACTO: $0

ESPECIFICACION: LIMITACION AL DOMINIO: 0315 CONSTITUCION PATRIMONIO DE FAMILIA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: BERMUDEZ ALEXANDER CC# 75073077 X

DE: ZAPATA VASQUEZ RUBIELA CC# 30316247 X

A: A SU FAVOR, A FAVOR DE SUS HIJOS Y DE LOS HIJOS QUE LLEGARE A TENER

ANOTACION: Nro 007 Fecha: 01-11-2017 Radicación: 2017-100-6-21976

Doc: ESCRITURA 7527 DEL 30-10-2017 NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES VALOR ACTO: $0

Se cancela anotación No: 6

ESPECIFICACION: CANCELACION: 0843 CANCELACION POR VOLUNTAD DE LAS PARTES DE PATRIMONIO DE FAMILIA DANDO APLICACION AL ART 84 Y SIGUIENTES DEL DECRETO 019 DEL 2012 Y AL ART 2.2.6.15.2.10.1. DEL DECRETO 1664 DEL 20 DE AGOSTO DEL 2015

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: BERMUDEZ ALEXANDER CC# 75073077

DE: BERMUDEZ ZAPATA MARIA PAZ NU#

DE: ZAPATA VASQUEZ RUBIELA CC# 30316247

ANOTACION: Nro 008 Fecha: 04-12-2017 Radicación: 2017-100-6-24883

Doc: ESCRITURA 8440 DEL 30-11-2017 NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES VALOR ACTO: $0

Se cancela anotación No: 5

ESPECIFICACION: CANCELACION: 0843 CANCELACION POR VOLUNTAD DE LAS PARTES DE HIPOTECA ABIERTA CON CUANTIA INDETERMINADA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: OBRAS SOCIALES BETANIA - HOY- FUNDACION OBRAS SOCIALES BETANIA NIT # 8908009758

A: BERMUDEZ ALEXANDER **CC# 75073077**

A: ZAPATA VASQUEZ RUBIELA **CC# 30316247**

ANOTACION: Nro 009 Fecha: 20-12-2017 Radicación: 2017-100-6-26430

Doc: ESCRITURA 2229 DEL 15-12-2017 NOTARIA PRIMERA DE MANIZALES VALOR ACTO: $80,220,000

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública

Powered by CamScanner

La validez de este documento podrá verificarse en la página certificados.supernotariado.gov.co

Certificado generado con el Pin No: 240215806789414437 Nro Matrícula: 100-183400 Pagina 5 TURNO: 2024-100-1-12798

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE MANIZALES

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240215806789414437 **Nro Matrícula: 100-183400**

Pagina 4 TURNO: 2024-100-1-12798

Impreso el 15 de Febrero de 2024 a las 03:27:59 PM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

ESPECIFICACION: MODO DE ADQUISICION: 0125 COMPRAVENTA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: BERMUDEZ ALEXANDER	CC# 75073077	
DE: ZAPATA VASQUEZ RUBIELA	CC# 30316247	
A: ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS	**CC# 75075796**	**X**
A: CARDONA JIMENEZ CLAUDIA LILIANA	**CC# 30327071**	**X**

ANOTACION: Nro 010 Fecha: 20-12-2017 Radicación: 2017-100-6-26430

Doc: ESCRITURA 2229 DEL 15-12-2017 NOTARIA PRIMERA DE MANIZALES VALOR ACTO: $0

ESPECIFICACION: GRAVAMEN: 0219 HIPOTECA ABIERTA SIN LIMITE DE CUANTIA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS	CC# 75075796	X
DE: CARDONA JIMENEZ CLAUDIA LILIANA	CC# 30327071	X
A: BANCOLOMBIA S.A NIT.8909039388		

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública

---

ANOTACION: Nro 011 Fecha: 14-12-2023 Radicación: 2023-100-6-21102

Doc: AUTO 1846 DEL 12-10-2023 JUZGADO SEPTIMO DE FAMILIA DE MANIZALES VALOR ACTO: $0

ESPECIFICACION: MEDIDA CAUTELAR: 0435 EMBARGO EN PROCESO DE DIVORCIO DISOLUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA SOCIEDAD CONYUGAL DEL 50%. COMUNICADO MEDIANTE OFICIO 976 DEL 18 DE OCTUBRE DE 2023 DEL JUZGADO SEPTIMO DE FAMILIA. RADICADO: 17001-31-10-007-2023-00271-00.

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: CARDONA JIMENEZ CLAUDIA LILIANA	CC# 30327071	
A: ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS	**CC# 75075796**	**X**

NRO TOTAL DE ANOTACIONES: *11*

SALVEDADES: (Información Anterior o Corregida)

Anotación Nro: 0 Nro corrección: 1 Radicación: ICARE-2023 Fecha: 12-02-2023

SE ACTUALIZA/INCLUYE FICHA CATASTRAL Y/O NUPRE, CON EL SUMINISTRADO POR EL GC DE MASORA, RES. RES. 0000000040 DE 2022 PROFERIDA POR ESA ENTIDAD, RES. NO. 09089 DE 29/10/2020 EXPEDIDA POR LA S.N.R.

***
***
***
***
***
***
***
***

Powered by CamScanner

La validez de este documento podrá verificarse en la página certificados.supernotariado.gov.co

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE MANIZALES

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Nro Matrícula: 100-183400

Certificado generado con el Pin No: 240215806789414437

Página 5 TURNO: 2024-100-1-12798

Impreso el 15 de Febrero de 2024 a las 03:27:59 PM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

= = = =

República de Colombia

MARCO AURELIO RAMIREZ LOPEZ

NOTARIO PRIMERO

ORDEN: 119201-14/12/2017

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO

FORMATO DE CALIFICACIÓN

MATRÍCULA INMOBILIARIA **100-183400.** ----------

REGISTRO CATASTRAL: **010100000383001000000000.**----------

CLASE DEL INMUEBLE: Urbano ----------

NOMBRE Y/O DIRECCIÓN: **Lote de terreno con casa de habitación Barrio Betania La Cumbre, Diagonal 60 A Transversal No. 10 A 37.-** ----------

MUNICIPIO DE UBICACIÓN: MANIZALES DEPARTAMENTO DE CALDAS.- -------

DATOS DE LA ESCRITURA

NÚMERO: DOS MIL DOSCIENTOS VEINTINUEVE (2.229) ----------

FECHA DE OTORGAMIENTO: Diciembre 15 de 2.017 ----------

NOTARIA DE ORIGEN: PRIMERA DE MANIZALES.----------

ACTO JURÍDICO: **VENTA CON HIPOTECA ABIERTA SIN LIMITE DE CUANTIA.-**

AFECTACION A VIVIENDA FAMILIAR: No ----------

CÓDIGOS: 125 - 205 - 304 ----------

VALOR DE LA VENTA: **$80.220.000.oo.-** ----------

VALOR DE LA HIPOTECA: **$80.220.000.oo.**----------

AVALÚO CATASTRAL: **$80.220.000.oo.** ----------

AVALUO COMERCIAL $114.600.000.oo ----------

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO

PARTE VENDEDORA: RUBIELA ZAPATA VASQUEZ C.C. 30.316.247 de Manizales y ALEXANDER BERMUDEZ C.C. 75.073.077 de Manizales. PARTE COMPRADORA: CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ C.C. 30.327.071 de Manizales y JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO C.C. 75.075.796 de Manizales. PARTE ACREEDORA: BANCOLOMBIA S.A. NIT: 890903938-8. Representado por la doctora BLANCA NELLY RAMIREZ TORO C.C. 24.290.633 de Manizales.- ----------

--*-*-*-*-*

28/06/2017 10603ALaTSQA1S1A

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

Powered by CamScanner

Con la información anterior **el Suscrito NOTARIO PRIMERO de Manizales** da aplicación a lo dispuesto por la Superintendencia de Notariado y Registro mediante la resolución 1 156 de marzo 29 de 1.996, articulos 1o. y 2o., en desarrollo del Decreto 2150 de 1 995, del Gobierno Nacional. ----------

..*.*.*.*.*.*.*.*.*.*.*

ESCRITURA PUBLICA NUMERO: DOS MIL DOSCIENTOS VEINTINUEVE (2.229)

En el Municipio de **Manizales,** Circulo notarial del mismo nombre, Capital del Departamento de **Caldas,** República de **Colombia, a quince (15) de Diciembre DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE (2.017)** comparecieron al despacho de la **NOTARIA PRIMERA**, a cargo del Suscrito **MARCO AURELIO RAMIREZ LOPEZ,** los señores: **1º. RUBIELA ZAPATA VASQUEZ,** mayor de edad, de estado civil Casada, con sociedad conyugal de bienes vigente, vecina de Manizales, a quien personalmente identifiqué con la cédula de ciudadanía número **30.316.247** expedida en Manizales, y **ALEXANDER BERMUDEZ,** mayor de edad, de estado civil Casado, con sociedad conyugal de bienes vigente, vecino de Manizales, a quien personalmente identifiqué con la cédula de ciudadanía número **75.073.077** expedida en Manizales, **de una parte,** quienes en adelante se denominarán **"LA PARTE VENDEDORA"**, y **2º. los señores CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ,** mayor de edad, de estado civil Casada, con sociedad conyugal de bienes vigente, vecina de Manizales, a quien personalmente identifiqué con la cédula de ciudadanía número **30.327.071** expedida en Manizales y **JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO,** mayor de edad, de estado civil casado, con sociedad conyugal de bienes vigente, vecino de Manizales, a quien personalmente identifiqué con la cédula de ciudadanía número **75.075.796** expedida en Manizales **de otra parte** quienes en adelante se llamarán **"LA PARTE COMPRADORA"**, y manifestaron que ellos se conocieron personal y directamente antes de comparecer a la Notaria a solicitar el servicio de recepción, extensión y otorgamiento con sus firmas de esta escritura de compraventa; que constataron ser realmente las personas interesadas en el negocio; que la parte compradora constató de primera mano que la parte vendedora si es realmente propietaria del(los) inmueble(s) que le(s) transfiere en venta, pues ella se lo(s) enseñó material y satisfactoriamente; que, además, tuvo la precaución de establecer esa situación jurídica con vista en los documentos de

Powered by CamScanner

identidad que se pusieron de presente y en la copia original del título de propiedad y en el folio de matrícula inmobiliaria (certificado de tradición); que fueron advertidos que el Notario responde de la regularidad formal de esta escritura, pero no de la veracidad de las declaraciones de los interesados, pues son ellos quienes deben constatarlas, tal y conforme lo establece el artículo 9º del Decreto-Ley 960 de 1970, motivos por los cuales proceden a elevar a escritura pública el presente contrato de compraventa en la siguiente forma: **PRIMERO:** Que **"LA PARTE VENDEDORA"**, transfiere a título de venta a favor de **"LA PARTE COMPRADORA"**, el derecho de dominio y la posesión material que tiene sobre el(los) siguiente(s) inmueble(s): Un Lote de terreno con casa de habitación ubicado en el área urbana de la ciudad de Manizales, distinguido como **LOTE No. 10** Manzana A y en la actual nomenclatura urbana de la ciudad en la Diagonal 60 A Transversal 10 A 37 Barrio Betania La Cumbre, con un área de 38.5 M2, determinado por los siguientes linderos tomados del título de adquisición: ### NORTE con anden de la Diagonal 60 A, en 4.05 mts. SUR con el lote No. 31 en 4.05 mts. Por el ORIENTE con el lote No. 9 en 9.50 mts. y por el OCCIDENTE con el lote No. 11 en 9.50 mts..### . No obstante la cabida y linderos del inmueble la venta se hace como cuerpo cierto y determinado.- Inmueble identificado con el Registro Catastral **010100000383001000000000** y Matrícula Inmobiliaria número **100-183400. SEGUNDO: FORMA DE ADQUISICIÓN DEL INMUEBLE:** Este inmueble fue adquirido por la PARTE VENDEDORA, siendo casados, con sociedad conyugal de bienes vigente, por compra a Obras Sociales Betania mediante escritura pública **6.522 del 18 de Agosto de 2.011 de la Notaría Segunda de Manizales,** inscrita en la Oficina de Registro bajo el folio de matrícula inmobiliaria número **100-183400.- PARAGRAFO:** Manifiesta LA PARTE VENDEDORA que en la venta se incluyen todas las mejoras, anexidades, servidumbres y dependencias propias del inmueble, sin reserva alguna para sí.- **TERCERO.** Que el precio de venta del inmueble es la cantidad de **OCHENTA MILLONES DOSCIENTOS VEINTE MIL PESOS ($80.220.000) MONEDA COLOMBIANA** que serán pagados con el producto del crédito hipotecario de vivienda individual a largo plazo **quince (15) años, (180 meses)** que le tiene aprobado **BANCOLOMBIA S.A.,** el cual dicha entidad hará efectivo solo si se cumplen a cabalidad todos los requisitos que para su liquidación exige

Aa046867384
28/06/2017 10604ATALa9SQATS

Powered by CamScanner

BANCOLOMBIA S.A. a los usuarios de crédito. **LA PARTE VENDEDORA** renuncia expresamente a la condición resolutoria derivada de la forma de pago pactada, por lo tanto, la presente venta se hace firme, definitiva e irresoluble, salvo la derivada del no desembolso del crédito por causas no imputables a **LA PARTE VENDEDORA. PARAGRAFO 1) EL PRECIO ESTIPULADO EN LA PRESENTE COMPRAVENTA NO EXCEDE EL 70% DEL AVALUO COMERCIAL DEL INMUEBLE AUTORIZADO POR EL DECRETO 145 DEL 2000, SEGÚN AVALUO QUE SE PROTOCOLIZA CON LA PRESENTE ESCRITURA. PARAGRAFO 2:** Declaramos que los recursos entregados en parte de pago por la compra del(los) inmueble(s) descrito(s) en la Cláusula PRIMERA, provienen de las fuentes que en virtud de la ocupación, profesión u oficio desarrollamos lícitamente y que por tanto dichos recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifican, adicionan o complementen. Dicha declaración de fuente de fondos a la entidad financiera **BANCOLOMBIA S.A.**, quien actúa como Acreedora en la presente escritura, se realiza con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado para las transacciones de entidades financieras en la circular externa 007 de 1996 expedida por la Superintendencia Bancaria, el Decreto 663 de 1993 Estatuto Orgánico del Sector Financiero, la ley 190 de 1995 (Estatuto Anticorrupción) y las demás normas aplicables al asunto. **CUARTO: POSESIONES Y LIBERTADES:** Garantiza LA PARTE VENDEDORA que el inmueble con sus mejoras y anexidades, que da a título de venta, es de su exclusiva propiedad, lo garantiza libre de toda clase de gravámenes, limitaciones del dominio, pleitos pendientes, embargos judiciales, patrimonio de familia inembargable, afectación a vivienda familiar, contribuciones o expensas por impuestos municipales, departamentales o nacionales, contratos de administración anticrética y que se obliga a salir al saneamiento en los casos y términos de ley, saldo los inherentes al Régimen de Propiedad Horizontal. Parágrafo: **LA PARTE VENDEDORA** renuncia expresamente a la condición resolutoria derivada de la forma de pago pactada, por lo tanto, la presente venta se hace firme, definitiva e irresoluble, salvo la derivada del no desembolso del crédito por causas no imputables a **LA PARTE VENDEDORA.** **QUINTO:** Que LA PARTE VENDEDORA hará entrega real y material del(los) inmueble(s) objeto de la venta a LA PARTE COMPRADORA al desembolso del

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

Powered by CamScanner

crédito por parte de **BANCOLOMBIA S.A. PARÁGRAFO:** No obstante la forma de entrega pactada LA PARTE COMPRADORA renuncia a la condición resolutoria derivada de la misma. **SÉXTO.** Que LA PARTE VENDEDORA saldrá(n) al saneamiento de la venta en todos los casos previstos en la ley. **SEPTIMO:** Que todos los impuestos, tasas, contribuciones, valorizaciones, pago de servicios, etc. que se liquiden sobre los inmuebles a partir de la entrega del inmueble, serán de cargo de LA PARTE COMPRADORA. **OCTAVO:** Que las partes dejan constancia que han dado cumplimiento a la promesa de venta suscrita entre las partes. **ACEPTACIÓN DE LA PARTE COMPRADORA: Presentes los compradores** manifestaron: a) Que aceptan la presente escritura, la venta del inmueble y las estipulaciones que se hacen por estar todo a su entera satisfacción. b) Que aceptan recibir el inmueble al desembolso del crédito. **DECLARACIONES JURAMENTADAS PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA LEY 258 DEL 17 DE ENERO DE 1996:** Manifiestan los comparecientes Vendedores bajo la gravedad del juramento, que el inmueble objeto de venta **NO ESTA AFECTADO A VIVIENDA FAMILIAR.** Seguidamente manifiestan los Compradores bajo la gravedad del juramento, que son casados, con sociedad conyugal de bienes vigente y que es su deseo **NO AFECTAR A VIVIENDA FAMILIAR el inmueble que adquieren.** ----------

CONSTITUCION DE HIPOTECA ABIERTA SIN LIMITE DE CUANTIA

Presentes nuevamente **CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ,** mayor de edad, de estado civil Casada, con sociedad conyugal de bienes vigente, vecina de Manizales, a quien personalmente identifiqué con la cédula de ciudadanía número **30.327.071** expedida en Manizales y **JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO,** mayor de edad, de estado civil casado, con sociedad conyugal de bienes vigente, vecino de Manizales, a quien personalmente identifiqué con la cédula de ciudadanía número **75.075.796** expedida en Manizales quien en adelante se llamarán **"LA PARTE COMPRADORA"**, y quien(es) en el texto de esta escritura se denominará(n) individual o conjuntamente **EL(LOS) HIPOTECANTE(S)**, y manifestó(aron): **PRIMERO. OBJETO:** Que constituye(n) **HIPOTECA ABIERTA SIN LÍMITE DE CUANTÍA a favor de BANCOLOMBIA S.A. NIT: 890.903.938-8.** establecimiento de crédito con domicilio en Medellín, quien para los efectos de este instrumento, en adelante se denominará EL ACREEDOR, sobre el(los) siguiente(s) inmueble(s),

Aa046867385
28/06/2017 10:05:51 AM ALASQA

Powered by CamScanner

conforme con el Artículo 2432 y siguientes del Código Civil Colombiano: Un Lote de terreno con casa de habitación ubicado en el área urbana de la ciudad de Manizales, distinguido como **LOTE No. 10** Manzana A y en la actual nomenclatura urbana de la ciudad en la Diagonal 60 A Transversal 10 A 37 Barrio Betania La Cumbre, con un área de 38.5 M2, determinado por los siguientes linderos tomados del título de adquisición: ### NORTE con anden de la Diagonal 60 A, en 4.05 mts. SUR con el lote No. 31 en 4.05 mts. Por el ORIENTE con el lote No. 9 en 9.50 mts. y por el OCCIDENTE con el lote No. 11 en 9.50 mts..### Inmueble identificado con el Registro Catastral **010100000383001000000000** y Matrícula Inmobiliaria número **100-183400. PARÁGRAFO PRIMERO:** No obstante la mención de áreas, cabida y linderos la hipoteca recae sobre cuerpo cierto. **SEGUNDO. SOLIDARIDAD**: EL(LOS) HIPOTECANTE(S), en su condición de constituyente(s) del gravamen hipotecario contenido en esta escritura, actúa(n) para el efecto solidariamente; razón por la cual, todas las cláusulas y declaraciones que ella contiene, lo(s) obligan en tal carácter de solidaridad. **TERCERO. TÍTULO(S) DE ADQUISICIÓN**: El(los) inmueble(s) que se hipoteca(n) por este instrumento, fue(ron) adquirido(s) por compra hecha a ALEXANDER BERMUDEZ Y RUBIELA ZAPATA VASQUEZ mediante esta misma escritura la cual será debidamente registrada en el(los) folio(s) de matrícula inmobiliaria número **100-183400** de la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Manizales. **CUARTO. OBLIGACIONES GARANTIZADAS:** Con la presente hipoteca, se garantiza el crédito hipotecario de vivienda individual a largo plazo aprobado por EL ACREEDOR a EL(LOS) HIPOTECANTE(S), por la suma de **OCHENTA MILLONES DOSCIENTOS VEINTE MIL PESOS m.cte. ($80.220.000.oo) M.CTE.** que será pagada dentro del plazo de **quince (15) años en ciento ochenta (180)** cuotas mensuales, mes vencido; la primera de las cuales se causará un mes después del desembolso, y cubre también toda clase de obligaciones que EL(LOS) HIPOTECANTE(S), conjunta o separadamente, haya(n) contraído o contraiga(n) en el futuro a favor de EL ACREEDOR. Así como y bajo la consideración de que esta hipoteca es abierta y sin límite de cuantía, la misma garantiza a EL ACREEDOR, no solamente el crédito hipotecario indicado en esta cláusula y sus intereses remuneratorios y moratorios, sino también toda clase de obligaciones expresadas en moneda legal, o en UVR, o en cualquier otra unidad que

Powered by CamScanner

Aa046867386

la sustituya, ya causadas y/o que se causen en el futuro a cargo de EL(LOS) HIPOTECANTE(S) conjunta, separada, o individualmente, y sin ninguna limitación respecto a la cuantía de las obligaciones garantizadas; sus intereses, costas, gastos y honorarios de abogado, bien sean directas o indirectas, y por cualquier concepto adquiridas en su propio nombre, o con otra u otras firmas, conjunta o separadamente, ya se trate de préstamos, descuentos y/o endosos o cesión de instrumentos negociables, o de créditos de otro orden, de garantías bancarias, de avales, de cartas de crédito, de sobregiros en cuenta corriente, tarjetas de crédito, o de cualquier otro género de obligaciones; ya consten en pagarés, letras de cambio, cheques, certificados, notas débito, o en cualquier otro documento comercial o civil girado, aceptado, endosado, cedido o firmado por EL(LOS) HIPOTECANTE(S), individual o conjuntamente, con otra u otras personas o entidades y bien se hayan girado, endosado, cedido o aceptado a favor de EL ACREEDOR directamente, o favor de un tercero, que los hubiere negociado, endosado o cedido a EL ACREEDOR, o que los negociare, endosare o cediere en el futuro por cualquier concepto; esto es, por valor recibido, por valor en garantía, por dación en pago, entre otros, y aún sin la intervención o contra la voluntad de EL(LOS) HIPOTECANTE(S). Esta hipoteca garantiza las obligaciones en la forma y condiciones que consten en los documentos correspondientes y no se extingue por el solo hecho de prorrogarse, cambiarse o renovarse las citadas obligaciones, continuando vigente hasta la cancelación total de las mismas. **QUINTO. VALOR DEL ACTO:** Para efectos exclusivos de determinar los derechos notariales y de registro a que haya lugar, se fija la suma determinada en la cláusula anterior; valor que corresponde en pesos colombianos al monto del crédito hipotecario de vivienda aprobado por EL ACREEDOR a EL(LOS) HIPOTECANTE(S). Para el efecto, con este instrumento se protocoliza la carta de aprobación del crédito hipotecario expedida por EL ACREEDOR, sin que esto implique modificación alguna del carácter de hipoteca abierta sin límite de cuantía que tiene la presente garantía. **PARÁGRAFO:** En cumplimiento de lo ordenado por el Artículo 58 de la Ley 788 de 2002 y solo para los efectos tributarios a que haya lugar, EL(LOS) HIPOTECANTE(S) certifica(n) que a la fecha no ha(n) recibido desembolsos efectivos de créditos que estén garantizados con la presente hipoteca, distintos o

Aa046867335

28/06/2017 1060ISOAISTAEAOa

Powered by CamScanner

adicionales al crédito hipotecario de vivienda individual a largo plazo a que se hace referencia en este instrumento. **SEXTO. DECLARACIONES:** Declara(n) además: a) Que la presente hipoteca comprende sus mejoras, anexidades, construcciones, frutos y dependencias y se extiende a todos los aumentos que reciba, así como a las pensiones e indemnizaciones, conforme a las leyes; b) que el(los) inmueble(s) que por este instrumento hipoteca(n), es(son) de su exclusiva propiedad, lo(s) posee(n) real y materialmente y lo(s) garantiza(n) libre(s) de todo gravamen, limitación al dominio, demandas civiles o circunstancias que lo(s) ponga(n) fuera del comercio o limite(n) su negociabilidad, c) que nunca ha(n) sido objeto de despojo o abandono forzado a causa del conflicto armado, y por lo mismo EL(LOS) HIPOTECANTE(S) saldrá(n) siempre en defensa de **BANCOLOMBIA S.A.** frente a cualquier reclamación que se haga con ocasión de tales conductas, pues al momento de adquirir el(los) inmueble(s), fuero(n) aplicadas por EL(LOS) HIPOTECANTE(S), las precauciones calificadas para evaluar y estudiar que no se encuentra(n) en una zona que fue o es asentamiento de grupos armados, o fue(ron) despojado(s) del(los) mismo(s) su(s) propietario(s) o poseedor(es), o abandonado(s) a causa del conflicto armado entre 1991 y la actualidad; que cualquier valor o suma que sea reconocida a favor de EL(LOS) HIPOTECANTE(S) como compensación en el curso de un proceso de restitución de tierras del(los) inmueble(s) hipotecado(s) a través el presente instrumento, será abonada o entregada a **BANCOLOMBIA S.A.** para que la misma se aplique a las obligaciones insolutas que tenga(n) a favor de esta entidad, en caso de existir. En todo caso, EL(LOS) HIPOTECANTE(S) saldrá(n) al saneamiento en los casos de ley; d) que serán de su cargo los gastos e impuestos que cause este gravamen, los gastos de escrituración, los de su cancelación, las costas de cobro de cualquier obligación que con este instrumento se garantice si hubiere lugar a ello; e) que se compromete(n) a entregar a EL ACREEDOR la primera copia de esta escritura de hipoteca y un folio de matrícula inmobiliaria expedido por la respectiva Oficina de Registro de Instrumentos Públicos correspondiente al(los) inmueble(s) hipotecado(s) en que conste la inscripción del gravamen, a satisfacción de EL ACREEDOR, en un término máximo de noventa (90) días hábiles contados a partir de la firma de la presente escritura; f) que en caso de pérdida, destrucción, deterioro o sustracción de la primera copia de esta escritura, EL ACREEDOR a través de su

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

Powered by CamScanner

representante legal directamente o a través de apoderado especial debidamente constituido para el efecto, deberá solicitar la expedición de una copia sustitutiva con la constancia de que presta igual mérito ejecutivo para exigir el cumplimiento de las obligaciones que en ella consten; todo de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 81 del Decreto 960 de 1970, el Artículo 43 de la Ley 1395 de 2010, en concordancia con el Artículo 617 Numeral 8 del Código General del Proceso, o las normas que las modifiquen o sustituyan; g) que en caso de enajenación del(los) inmueble(s) que por este instrumento se hipoteca(n), se obliga(n) a notificar previamente a EL ACREEDOR, informándole el nombre y número de identificación de quien será el nuevo titular del(los) inmueble(s), más la información adicional que EL ACREEDOR le solicite. **SÉPTIMO. SEGUROS:** Para amparar los riesgos por incendio y terremoto y demás seguros aplicables sobre el(los) bien(es) hipotecado(s) a favor de EL ACREEDOR así, como el riesgo de muerte de EL(LOS) HIPOTECANTE(S), se obliga(n) a contratar con una compañía de seguros escogida libremente por ellos, los seguros a su cargo, los cuales estarán vigentes por el término de la obligación respectiva. En virtud de lo anterior, se obliga(n) a pagar las primas de seguros correspondientes, las cuales son adicionales al pago de la cuota a que hubiere lugar. **PARÁGRAFO PRIMERO:** En caso de mora de la obligación de pago de las primas de seguros, faculta(n) a EL ACREEDOR para que realice el pago de las primas correspondientes. En tal evento, acepta(n) expresamente que dicho valor le(s) sea cargado por EL ACREEDOR, obligándose a reembolsar el pago a su favor. Si al momento de hacer el pago de una cualquiera de las cuotas mensuales en la fecha respectiva, ha(n) incumplido la obligación de pago de alguna de las primas de seguros, el valor pagado de dicha cuota se imputará primero a la solución de tal(es) prima(s). **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Sin perjuicio de lo anterior, EL ACREEDOR está facultado, mas no obligado, a contratar y pagar por su cuenta, las primas de los seguros a su cargo, en caso de que no lo haga(n) directamente en los términos de esta cláusula. En este evento, se obliga(n) expresamente al pago de las primas de seguros en favor del EL ACREEDOR. **PARÁGRAFO TERCERO:** Si EL(LOS) HIPOTECANTE(S) no pagare(n) las primas que le(s) correspondiere(n) por concepto de seguros, no implicará para EL ACREEDOR, ninguna responsabilidad por no hacer uso de la facultad consignada en la presente cláusula. **OCTAVO.**

Aa046867387
28/06/2017 10602ASSQAT5TALA
Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario
Powered by CamScanner

EXTINCIÓN DEL PLAZO: EL(LOS) HIPOTECANTE(S) autoriza(n) y acepta (n) con la firma de este contrato a EL ACREEDOR, para acelerar o exigir anticipadamente cualquier obligación a su cargo, sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial alguno; además de los eventos previstos en los respectivos títulos de deuda, en cualquiera de los siguientes casos: a) Cuando incurra(n) en mora en el pago de alguna de las obligaciones a su cargo, respaldadas con la presente hipoteca en favor de EL ACREEDOR, derivadas del crédito hipotecario de vivienda individual a largo plazo, aprobado por EL ACREEDOR a EL(LOS) HIPOTECANTE(S), para lo cual se entenderá que ha(n) sido notificado(s) de tal consecuencia, en virtud de la firma de la presente hipoteca; b) Cuando incurra(n) en mora en el pago de cualquier otra obligación de crédito a su cargo en favor de EL ACREEDOR, para lo cual se entenderá que ha(n) sido notificado(s) de tal consecuencia, en virtud de la firma de la presente hipoteca; c) Cuando ocurra cualquier alteración de orden patrimonial que haga prever el incumplimiento del pago del crédito; d) Cuando haya inexactitud o falsedad de los documentos presentados a EL ACREEDOR para obtener la aprobación y/o el desembolso del crédito: e) Cuando el(los) inmueble(s) hipotecado(s) para garantizar el crédito fuere(n) embargado(s) total o parcialmente por terceros, en ejercicio de cualquier acción legal, o restituidos en virtud de un proceso de restitución de tierras, o cuando sean vinculados a cualquier proceso penal por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, o lavado de activos; f) Cuando exista pérdida o deterioro del(los) bien(es) inmueble(s) hipotecado(s) como garantía de la obligación, cualquiera que sea su causa, de manera tal que, de acuerdo a un avalúo realizado por un perito designado por EL ACREEDOR e inscrito a la Lonja de Propiedad Raíz, se concluya que la garantía no sea suficiente para seguridad de la deuda y sus accesorios; g) Cuando EL(LOS) HIPOTECANTE(S) no de(n) al(los) crédito(s) otorgado(s) por EL ACREEDOR, la destinación para la cual fuero(n) concedido(s); h) Cuando (i) no contrate(n) los seguros tanto de incendio y terremoto como de vida que deben expedirse a favor de EL ACREEDOR para amparar los riesgos sobre el(los) bien(es) hipotecado(s), así como el riesgo de muerte de EL(LOS) HIPOTECANTE(S); (ii) se produzca la terminación de los mismos por falta de pago de las primas, o no los mantenga(n) vigentes por cualquier otra causa o (iii) no reembolse(n) las sumas

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

Powered by CamScanner

pagadas por EL ACREEDOR derivadas de estos conceptos en los eventos en que EL ACREEDOR haya ejercido la facultad de contratar y/o pagar por su cuenta el valor de las primas de los seguros a que está(n) obligado(s); i) Cuando incumpla(n) la obligación de presentar la primera copia de la escritura pública de hipoteca que garantice el crédito hipotecario, debidamente inscrita en la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos correspondiente, junto con el folio de matrícula inmobiliaria en el que conste dicha inscripción, dentro de los noventa (90) días siguientes hábiles contados a partir de la fecha de otorgamiento de esta escritura; j) Cuando incumpla(n) la obligación de presentar el(los) folio(s) de matrícula inmobiliaria en el(los) que conste(n) la(s) cancelación(es) del(los) gravamen(es) hipotecario(s) vigente(s) a favor de terceros, o en general cualquier otro gravamen o limitación que recaiga(n) sobre el(los) inmueble(s) dado(s) en garantía, dentro de los noventa (90) días siguientes a aquél en que se efectúe el desembolso del crédito garantizado con la(s) hipoteca(s), si es del caso; k) Cuando llegare(n) a ser (i) vinculado(s) por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos; (ii) incluido(s) en listas para el control de lavado de activos administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como la Oficina de Control de Activos en el Exterior (OFAC) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América, o (iii) condenado(s) por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de cualquier hecho punible; l) Cuando se decrete por el Estado la expropiación del(los) bien(es) hipotecado(s) por cualquier causa o motivo, sin perjuicio de la vía procesal a través de la cual se adelante dicho procedimiento. En este evento, autoriza(n) a la entidad pública adquirente o beneficiaria a cualquier título y por cualquier razón, para entregar directamente a EL ACREEDOR, el valor de la indemnización, hasta concurrencia del total adeudado, de acuerdo con la liquidación que hiciere EL ACREEDOR; m) Cuando incumpla(n) cualquier obligación contenida en la presente escritura a cargo de EL(LOS) HIPOTECANTE(S), adquirida individual, conjunta, o separadamente; n) Cuando incurra(n) en otra causal establecida en la ley, sus normas reglamentarias, o disposiciones de autoridad competente, para exigir el pago de las obligaciones a cargo de EL(LOS) HIPOTECANTE(S), amparadas con la presente hipoteca; o) Cuando el(los) bien(es)

Aa046867388
28/06/2017 10003AL-GSQA1S1A
Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario
Powered by CamScanner

dado(s) en garantía se demerite(n) y deje(n) de ser garantía suficiente por cualquier causa. **NOVENO. VIGENCIA DE LA HIPOTECA:** La hipoteca aquí constituida estará vigente mientras EL ACREEDOR no la cancele y mientras exista a su favor y a cargo de EL(LOS) HIPOTECANTE(S), cualquier obligación pendiente de pago. **DÉCIMO. AUSENCIA DE NOVACIÓN:** La presente hipoteca no modifica, altera, extingue, ni nova las garantías reales y/o personales que con antelación se hubieren otorgado a favor de EL ACREEDOR, para caucionar obligaciones a cargo de las personas cuyas deudas se garantizan con esta hipoteca. **DÉCIMO PRIMERO. CESIÓN:** EL(LOS) HIPOTECANTE(S) acepta(n) desde ahora con todas las consecuencias señaladas en la ley y sin necesidad de notificación alguna, la cesión, endoso, o traspaso que EL ACREEDOR realice de la garantía hipotecaria otorgada en desarrollo del presente instrumento, de los créditos y obligaciones a cargo de EL(LOS) HIPOTECANTE(S), amparados por la garantía hipotecaria, y de los contratos que celebre en relación con la administración del inmueble objeto de la garantía hipotecaria, en cuyo caso adicionalmente, dicho tercero adquirirá automáticamente y sin necesidad de cesión adicional alguna, el carácter de beneficiario a título oneroso, de las pólizas de seguro, tanto de incendio y terremoto como de vida que se expidan a favor de EL ACREEDOR, para amparar los riesgos sobre el(los) bien(es) hipotecado(s) y la vida de EL(LOS) HIPOTECANTE(S). **PARÁGRAFO:** De conformidad con lo dispuesto por el Artículo 24 de la Ley 546 de 1999, en caso de que el crédito hipotecario de vivienda individual a largo plazo aprobado por EL ACREEDOR a EL(LOS) HIPOTECANTE(S), sea cedido a otra entidad, a petición de EL(LOS) HIPOTECANTE(S), EL ACREEDOR autorizará la cesión del crédito y de esta garantía dentro de los términos allí señalados, una vez EL(LOS) HIPOTECANTE(S) cumpla(n) con las condiciones y requisitos establecidos en dicha norma para el perfeccionamiento de la cesión del crédito hipotecario. **DÉCIMO SEGUNDO. CONDICIONES DE DESAFECTACIÓN DE LA HIPOTECA DE MAYOR EXTENSIÓN:** EL ACREEDOR desafectará el inmueble gravado con hipoteca en mayor extensión, cuando sea el caso, de conformidad con lo dispuesto en las normas legales vigentes, siempre y cuando el constructor haya cancelado a EL ACREEDOR, la prorrata correspondiente y EL(LOS) HIPOTECANTE(S) haya(n) cumplido todas las obligaciones para con EL ACREEDOR, exigidas y necesarias

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

Powered by CamScanner

para el perfeccionamiento del crédito, incluyendo pero sin limitarse, la firma del pagaré, el pago de gastos legales y seguros, entre otros. **DÉCIMO TERCERO. CONVENIO:** En ningún caso por razón de la constitución de la presente hipoteca, EL ACREEDOR estará obligado con EL(LOS) HIPOTECANTE(S) a la entrega de sumas de dinero en desarrollo de contratos de mutuo, ni a la promesa o compromiso de celebrar con este ningún tipo de contrato, o a desembolsar recursos a favor de EL(LOS) HIPOTECANTE(S). En desarrollo de lo anterior, EL(LOS) HIPOTECANTE(S) reconoce(n) expresamente el derecho del EL ACREEDOR para celebrar a su discreción, cualquier tipo de contrato con EL(LOS) HIPOTECANTE(S), o realizar cualquier desembolso de recursos en desarrollo de contratos de mutuo, o cualquier otra clase de contrato, sin que en ningún caso haya lugar a considerar que las obligaciones que asuma EL ACREEDOR en los términos mencionados, tienen por origen o están fundamentadas en el otorgamiento de la presente escritura pública de hipoteca. **DÉCIMO CUARTO. PATRIMONIO DE FAMILIA INEMBARGABLE:** EL(LOS) HIPOTECANTE(S) declara(n) que tiene(n) pleno conocimiento de la facultad de constituir patrimonio de familia inembargable sobre el inmueble financiado, en el evento de que con el crédito hipotecario amparado con la presente garantía hipotecaria, EL ACREEDOR le(s) esté financiando más del cincuenta por ciento (50%) del valor comercial del inmueble; gravamen que estará vigente hasta el día en que el saldo de la obligación a su cargo, represente menos del veinte por ciento (20%) del valor comercial del inmueble. **DÉCIMO QUINTO. APLICACIÓN DE PRIVILEGOS REALES:** En ningún caso, el privilegio que se desprende de la presente garantía real hipotecaria, se afectará, disminuirá o cesará, ni aún en aquellos casos cuando EL(LOS) HIPOTECANTE(S) o DEUDOR(ES) sean admitidos en un proceso de insolvencia, toda vez que para tales eventos las partes acuerdan desde este mismo momento, que tal privilegio real se podrá hacer efectivo dentro de los mismos, en los términos que prevé la Ley 1676 de 2013 y los decretos que la reglamenten, modifiquen o sustituyan, en materia de regulación de garantías en procesos insolvencia. Presente la Doctora **BLANCA NELLY RAMIREZ TORO,** mayor, vecina de Manizales, identificada con cédula de ciudadanía **24.290.633** expedida en Manizales y manifestó: **PRIMERO:** Que para los efectos del presente instrumento, obra en nombre y representación, en su condición de (representante

28/06/2017 10:59:47 AM ORIGINAL CLIENTE

Powered by CamScanner

legal o apoderado especial) de **BANCOLOMBIA S.A NIT: 890903938-8.** (para todos los efectos EL ACREEDOR), según se acredita con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia (y/o con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio) y poder especial debidamente conferido para el efecto; documentos que presenta para su protocolización con el presente instrumento. **SEGUNDO:** Que en la condición antes mencionada, acepta para EL ACREEDOR la garantía y demás declaraciones contenidas en la presente escritura a favor de aquél, por encontrarse en todo a su entera satisfacción. Los lineamientos establecidos por Bancolombia para la administración y tratamiento de los datos personales de nuestros clientes y usuarios, pueden ser consultados en cualquier momento a través del link "Servicio al Cliente"/ "Protección de Datos", publicado en www.grupobancolombia.com. ----------

OTORGADA CONFORME A MINUTA ESCRITA PRESENTADA A LA NOTARIA.

AUTORIZACION: LOS OTORGANTES AUTORIZAN DESDE YA AL NOTARIO PRIMERO (TITULAR O ENCARGADO) O A QUIEN ELLOS DELEGUEN DE MANERA ESCRITA, PARA QUE EN EL EVENTO DE PRESENTARSE UNA DEVOLUCION DE ESTA ESCRITURA SIN REGISTRAR, PUEDAN RECLAMAR EL PRESENTE INSTRUMENTO PUBLICO, ASI COMO LAS EVENTUALES ACLARACIONES QUE DE ÉL PUEDAN DERIVARSE, ADEMAS PARA QUE PUEDAN REALIZAR LOS TRAMITES PERTINENTES DE ENTREGA E INGRESO NUEVAMENTE A LA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS.

EL SUSCRITO NOTARIO ADVIRTIÓ A LOS CONTRATANTES SOBRE EL CONTENIDO DEL ARTICULO 32 DEL DECRETO LEY 1250 DE 1970, DONDE HACE REFERENCIA A QUE LAS ESCRITURAS DE HIPOTECA, SOLO PODRÁN INSCRIBIRSE EN LA OFICINA DE REGISTRO DE LA LOCALIDAD, DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A SU OTORGAMIENTO Y DE NO HACERLO EN EL TERMINO INDICADO, CAUSARA INTERESES MORATORIOS POR MES O FRACCIÓN DE MES DE RETARDO, DETERMINADOS A LA TASA Y FORMA ESTABLECIDA EN EL ESTATUTO TRIBUTARIO PARA EL IMPUESTO SOBRE LA RENTA Y COMPLEMENTARIOS.- EL NOTARIO EN USO DE LAS ATRIBUCIONES QUE LE CONFIERE EL ARTICULO 12 DEL DECRETO 2148 DE 1.983, AUTORIZA QUE LA PRESENTE

Powered by CamScanner

ESCRITURA SEA FIRMADA POR LA DOCTORA **BLANCA NELLY RAMIREZ TORO** FUERA DEL DESPACHO NOTARIAL, EN LA OFICINA DE LA ENTIDAD QUE REPRESENTA. **NOTA IMPORTANTE A TENER EN CUENTA POR LOS OTORGANTES.** La presente escritura fue leída en su totalidad por los comparecientes, advertidos de su registro oportuno, la encontraron conforme a su pensamiento y voluntad y por no OBSERVAR ERROR alguno en su contenido, le imparten su aprobación y proceden a firmarla con el Suscrito Notario que da fe, declarando los comparecientes estar NOTIFICADOS de que un ERROR NO CORREGIDO en esta escritura antes de ser firmada respecto el nombre e identificación de cada uno de los contratantes, a la identificación, cabida, dimensiones, linderos y forma de adquisición del inmueble objeto del presente acto, da lugar a una escritura aclaratoria que conlleva nuevos gastos para los contratantes, conforme lo manda el artículo 102 del decreto – Ley 960 de 1970, de todo lo cual se dan por entendidos y firman en constancia. **SE PROTOCOLIZA CARTA DE CRÉDITO POR VALOR DE $80.220.000.oo PARA EFECTOS DE LIQUIDAR LOS DERECHOS NOTARIALES Y DE REGISTRO.** Los contratantes presentaron para su protocolización con la presente escritura los siguientes documentos: A)- Fotocopias de sus cédulas de ciudadanía anotadas al comienzo de esta escritura; B) Factura de impuesto predial número 203639317 = expedida por la Tesorería de Rentas Municipales de Manizales sobre el pago del Impuesto predial y adicionales cancelada por el período Noviembre Diciembre de 2.017, correspondiente al inmueble identificado con el Registro Catastral 010100000383001000000000, Avalúo Catastral $ 38.458.oo = = = C)- Certificado de paz y salvo con Valorización Municipal 276174 para el mismo expedido el día 14 de Diciembre de 2.017, por la Tesorería de Valorización de Manizales válido hasta el 31 de Diciembre de 2.017. - Los vendedores cancelan la suma de **$802.200** por concepto del Impuesto de Retención en la Fuente, conforme a Ley 75 de 1.986.- Derechos: $ 445.822.oo IVA: $127.189.oo Recaudos legales: $16.600.oo. RESOLUCION 0451 DEL 20 DE ENERO DE 2017. Recepcionó: ELISA. DIGITÓ: ELISA. Así se firma en los sellos de seguridad Notarial números Aa046867383 Aa046867384 Aa046867385 Aa046867386 Aa046867387 Aa046867388 Aa046867389 Aa046867390 Aa046867391 . . .

Aa046867390
28/06/2017 1060551QTALaSSQA

Powered by CamScanner

Escritura pública No. 2.229 de Diciembre 15 de 2.107

RUBIELA ZAPATA VASQUEZ — Huella Índice derecho

C.C. 30.316.247 de Manizales

DIRECCION: Diagonal 60 A Transversal No. 10 A 37.

TELEFONO: 311 344 75 90

ALEXANDER BERMUDEZ — Huella Índice derecho

C.C. 75.073.077 de Manizales

DIRECCION: Diagonal 60 A Transversal No. 10 A 37.

TELEFONO: 3146483493

CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ — Huella Índice derecho

C.C. 30.327.071 de Manizales

DIRECCION: Cra 8 No. 58 B 19

TELEFONO: 312 804 27 29

JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO — Huella Índice derecho

C.C. 75.075.796 de Manizales

DIRECCION: Cra 8 No. 58 B 19

TELEFONO: 311 323 71 313

BLANCA NELLY RAMIREZ TORO — Huella Índice derecho

C.C. 24.290.633 de Manizales

DIRECCION Edifico del Comercio Ofc. 1205 Tel 883 33 16

Pasa a la hoja de papel notarial Aa046867391 • • •

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

Powered by CamScanner

República de Colombia

Aa046867391

Viene de la hoja de papel notarial Aa036367390

Escritura Pública No.2.229 de Diciembre 15 de 2.017

MARCO AURELIO RAMIREZ LOPEZ

NOTARIO PRIMERO

REPÚBLICA DE COLOMBIA ESTE ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL
MARCO AURELIO RAMÍREZ LÓPEZ Notario

Aa046867391

28/06/2017 1000159QATSTCELAa

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

Powered by CamScanner

FVU 1100128

CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE VIVIENDA URBANA

LUGAR Y FECHA DE CELEBRACION DEL CONTRATO: Manizales 31 / Enero 2020

ARRENDADOR O ARRENDADORES

Nombre e identificación: Juan Carlos Slarcon J 75.078796

Nombre e identificación: Claudia Cardona J 30317091

ARRENDATARIO O ARRENDATARIOS

Nombre e identificación: Ana Sofia Arias L 30236076

Nombre e identificación:

Dirección del inmueble: Diagonal 60 A Transversal 10 A 37 Betania

Valor del arrendamiento (indicar el precio en letras): Seiscientos cincuenta mil pesos

($ 650.000)

Término de duración del contrato: 1 año ( ) Año (s)

Fecha de iniciación del contrato: Día 31) Mes (Enero) Año 2020)

El inmueble consta de los siguientes servicios: Agua. luz. Gas (cuyo pago corresponde al arrendatario)

Además de las anteriores estipulaciones, las partes de común acuerdo convienen las siguientes cláusulas:

PRIMERA - OBJETO DEL CONTRATO: Mediante el presente contrato, el (los) arrendador (es) se obliga (n) a conceder a el (los) arrendatario (s) el goce del inmueble urbano destinado a Vivienda cuyos linderos se determinan en la cláusula quinta de este contrato junto con los demás elementos que figuran en inventario separado firmado por las partes. Por su parte, el (los) arrendatario (s), se obligan a pagar por este goce el precio o valor de la renta estipulada. **SEGUNDA - LUGAR Y FORMA DE PAGO**: El (los) arrendatario (s) se obliga (n) a pagar a el (los) arrendador (es) por el goce del inmueble y demás elementos, el precio o canon acordado en la ciudad de Manizales, en la siguiente dirección: Diagonal 60 A transversal 10 A 37 Betania la suma de ($ 650.000) dentro de los primeros ( ) días de cada periodo contractual, a el (los) arrendador (es) o a la persona que éste autorice. El valor del arrendamiento podrá ser incrementado anualmente en una suma que no supere el índice de precios al consumidor establecido por el Departamento Nacional de Estadística DANE. Si el canon se pagare en cheque, se considera satisfecho una vez que el banco haga el respectivo abono siempre y cuando el cheque haya sido presentado a tiempo para su pago al respectivo banco. **TERCERA - DESTINACIÓN**: El (Los) arrendatario (s) se compromete (n) a darle al inmueble el uso para vivienda de él (ellos) y su (s) familia (s), y no podrá (n) darle otro uso, ni ceder, ni transferir el arrendamiento sin la autorización escrita de el (los) arrendador (es). El incumplimiento de esta obligación, dará derecho a el (los) arrendador (es) para dar por terminado este contrato y exigir la entrega del inmueble. En caso de cesión o subarriendo por parte de el (los) arrendatario (s), el (los) arrendador (es) podrá (n) celebrar un nuevo contrato de arriendo con los usuarios reales, sin necesidad de requerimientos judiciales o privados, a los cuales renuncia (n) expresamente el (los) arrendatario (s). **CUARTA - RECIBO Y ESTADO**: El (Los) arrendatario (s) declara (n) que ha (n) recibido el inmueble objeto de este contrato en buen estado de funcionamiento, según el inventario que se adjunta, y que incluyen los servicios, cosas y usos conexos. El (Los) arrendatario (s) se obliga (n) a la terminación del contrato a devolver a el (los) arrendador (es) el inmueble en el mismo estado que se recibió, salvo el deterioro proveniente del transcurso del tiempo y el uso legítimo del bien arrendado. **QUINTA - REPARACIONES Y MEJORAS**: Serán de cargo del arrendatario (s) las reparaciones locativas a que se refiere la ley y no podrá (n) realizar otras sin el consentimiento de el (los) arrendador (es). Si el (los) arrendatario (s) realiza (n) reparaciones indispensables no locativas que se causen sin su culpa, a menos que las partes acuerden otra cosa, podrá (n) el (los) arrendatario (s) descontar el costo de las reparaciones del valor de la renta, sin que tales descuentos excedan el treinta por ciento (30%) del valor de la misma. Si el costo de las reparaciones es mayor, el (los) arrendatario (s) puede (n) descontar periódicamente hasta el treinta por ciento (30%) del valor de la renta, hasta completar el costo total de las obras. **SEXTA - OBLIGACIONES DE LAS PARTES**: **a) DE EL (LOS) ARRENDADOR (ES)**: **1**. El (Los) arrendador (es) hará (n) entrega material del inmueble a el (los) arrendatario (s) el día ( ) del mes de del año ( ), en buen estado de servicio, seguridad y sanidad, y pondrá (n) a su disposición los servicios, cosas y usos conexos convenidos en el presente contrato, mediante inventario, del cual hará entrega a el (los) arrendatario (s), así como copia del contrato con firmas originales. **2**. Mantener en el inmueble los servicios, las cosas y los usos conexos y adicionales en buen estado de servir para el cumplimiento del objeto del contrato. **3**. Librará (n) a el (los) arrendatario (s) de toda turbación en el goce del inmueble. **4**. Hacer las reparaciones necesarias del bien objeto del arriendo, y las locativas pero sólo cuando éstas provinieren de fuerza mayor o caso fortuito, o de la mala calidad de la cosa arrendada. Si se trata de viviendas sometidas al régimen de propiedad horizontal el (los) arrendador (es) hará (n) entrega a el (los) arrendatario (s) de una copia del reglamento interno de propiedad horizontal al que se encuentre sometido el inmueble. **5**. Cuando se trate de vivienda compartida, mantener en adecuadas condiciones de funcionamiento, de seguridad y de sanidad las zonas y servicios de uso común y de efectuar por su cuenta las reparaciones y sustituciones necesarias, cuando no sean atribuibles a el (los) arrendatario (s), y garantizar el mantenimiento del orden interno de la vivienda. **6**. Expedir comprobante escrito en el que conste la fecha, cuantía y periodo al cual corresponde el pago del arrendamiento, so pena que sea (n) obligado (s), en caso de renuncia, por la autoridad competente. **7**. Las demás obligaciones contenidas en la ley. **b) DE EL (LOS) ARRENDATARIO(S)**: **1**. Pagar a el (los) arrendador (es) en el lugar y término convenido en la cláusula segunda del presente contrato, el precio del arrendamiento. Si el (los) arrendador (es) se rehusa (n) a recibir el valor de la renta, el (los) arrendatario (s) cumplirá (n) su obligación consignando dicho pago en la institución o entidad financiera o bancaria autorizada por la ley. **2**. Gozar del inmueble según los términos y espíritu de este contrato. **3**. Velar y cuidar por la conservación del inmueble y las cosas recibidas en arrendamiento. En caso de daño o deterioros distintos a los derivados del uso normal o de la acción del tiempo y que fueren imputables al mal uso del inmueble o a su propia culpa, efectuar oportunamente y por su cuenta las reparaciones o sustituciones del caso. **4**. Cumplir con las normas consagradas en el reglamento de propiedad horizontal, si estuviere sometido a dicho régimen. **5**. Restituir el inmueble a la terminación del contrato, en el estado en que le (s) fue entregado salvo el deterioro natural causado por el tiempo y el uso legítimo y poniéndolo a disposición de el (los) arrendador (es). El (Los) arrendatario (s) restituirá (n) el inmueble con todos los servicios públicos domiciliarios totalmente cancelados y a paz y salvo con las empresas prestadoras del servicio, y se obliga (n) a cancelar las facturas debidas que lleguen posteriormente pero causadas en vigencia del contrato. En ningún caso el (los) arrendador (es) será (n) responsable (s) por el pago de servicios o conexiones o acometidas que fueren

Powered by CamScanner

ordenadas por el (los) arrendatario (s); salvo pacto expreso entre las partes. **6.** No hacer mejoras al inmueble distintas de las locativas, sin de el (los) arrendador (es). Si las hiciere (n) serán de propiedad de este. **SEPTIMA.-TERMINACIÓN DEL CONTRATO.** Son causales de terminación del contrato, las de ley y especialmente las siguientes: **I. POR PARTE DE EL (LOS) ARRENDADOR (ES): 1.** La no cancelación por parte de el (los) mo (s) del valor de la renta y los reajustes dentro del término estipulado en el contrato. **2.** La no cancelación de los servicios publicos que ocasione la exión o pérdida del servicio, o del pago de las expensas comunes cuando su pago estuviere a cargo de el (los) arrendatario (s). **3.** El subarrendamiento o parcial del inmueble, la cesion del contrato o del goce del inmueble, o el cambio de destinacion del inmueble sin consentimiento expreso de el (los) ndador (es). **4.** Las mejoras, cambios y ampliaciones que se hagan al inmueble sin autorización expresa de el (los) arrendador (es) o la destrucción total o parcial del inmueble o area arrendada por parte de el (los) arrendatario (s). **5.** La incursión reiterada de el (los) arrendatario (s) en conductas o actos que afecten la tranquilidad ciudadana de los vecinos o la destinación del inmueble para actos delictivos o que impliquen alguna contravención de la ley. **6.** La violación por el (los) arrendatario (s) de las normas del respectivo reglamento de propiedad horizontal cuando se trate de viviendas sometidas a este regimen. **7.** El (Los) arrendador (es), podrá (n) dar por terminado unilateralmente el contrato de arrendamiento durante las prórrogas, previo aviso escrito dirigido a el (los) arrendatario (s) a través del servicio postal autorizado, con una antelación no menor de tres (3) meses y el pago de una indemnización equivalente al precio de tres (3) meses de arrendamiento. Cumplidas estas condiciones el (los) arrendatario (s) estará (n) obligado (s) a restituir el inmueble. **8.** El (Los) arrendador (es) podrá (n) dar por terminado unilateralmente el contrato de arrendamiento a la fecha de vencimiento del término inicial o de sus prórrogas invocando cualquiera de las siguientes causales especiales de restitución, previo aviso escrito a el (los) arrendatario (s) a través del servicio postal autorizado con una antelación no menor a tres (3) meses a la referida fecha de vencimiento: **a)** Cuando el (los) propietario (s) o poseedor (es) del inmueble necesitare (n) ocuparlo para su propia habitación, por un término no menor a un (1) año. **b)** Cuando el inmueble haya de demolerse para efectuar una nueva construcción, o cuando se requiere desocuparlo con el fin de ejecutar obras independientes para su reparación; **c)** Cuando haya de entregarse el cumplimiento de las obligaciones originadas en un contrato de compraventa; **d)** La plena voluntad de dar por terminado el contrato, siempre y cuando, el contrato de arrendamiento cumpliere como mínimo cuatro (4) años de ejecución. En este último caso el (los) arrendador(es) deberá (n) indemnizar a el (los) arrendatario (s) con una suma equivalente al precio de uno punto cinco (1.5) meses de arrendamiento. Cuando se trate de las causas previstas en los literales a), b) y c), el (los) arrendador (es) acompañará (n) al aviso escrito la constancia de haber constituido una caución en dinero, bancaria u otorgada por la compañía de seguros legalmente reconocida, constituida a favor de el (los) arrendatario (s) por un valor equivalente a seis (6) meses del precio del arrendamiento vigente, para garantizar el cumplimiento de la causal invocada dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de restitución. De no mediar constancia por escrito del preaviso, el contrato de arrendamiento se entenderá renovado automáticamente por un término igual al inicialmente pactado. **II. POR PARTE DE EL (LOS) ARRENDATARIO (S): 1.** La suspensión de la prestación de los servicios públicos al inmueble, por acción premeditada de el (los) arrendador (es) o porque incurra (n) en mora en los pagos que estuvieren a su cargo. En estos casos el (los) arrendatario (s) podrá (n) optar por asumir el costo del restablecimiento del servicio y descontarlo de los pagos que le corresponda hacer como arrendatario (s). **2.** La incursión reiterada de el (los) arrendador (es) en conductas que afecten gravemente el disfrute cabal por el (los) arrendatario (s) del inmueble arrendado, debidamente comprobada ante la autoridad policiva. **3.** El desconocimiento por parte de el (los) arrendador (es) de los derechos reconocidos a el (los) arrendatario (s) por la ley o el contrato. **4.** El (Los) arrendatario (s) podrá (n) dar por terminado unilateralmente el contrato de arrendamiento dentro del término inicial o durante sus prórrogas, previo aviso escrito dirigido a el (los) arrendador (es) a través del servicio postal autorizado, con una antelación no menor de tres (3) meses y el pago de una indemnización equivalente al precio de tres (3) meses de arrendamiento, conforme a la ley (articulo 25 de la Ley 820 de 2003). Cumplidas estas condiciones el (los) arrendador (es) estará (n) obligado (s) a recibir el inmueble, si no lo hiciere (n), el arrendatario podrá hacer entrega provisional mediante la intervención de la autoridad competente sin perjuicio de acudir a la acción judicial correspondiente. **5.** El (Los) arrendatario (s) podrá (n) dar por terminado unilateralmente el contrato de arrendamiento a la fecha de vencimiento del termino inicial o de sus prórrogas, siempre y cuando de (n) previo aviso escrito a el (los) arrendador (es) a través del servicio postal autorizado, con una antelación no menor de tres (3) meses a la referida fecha de vencimiento. En este caso el (los) arrendatario (s) no estará (n) obligado (s) a invocar causal alguna diferente a su plena voluntad, ni deberá (n) indemnizar a el (los) arrendador (es). De no mediar constancia por escrito del preaviso, el contrato de arrendamiento se entenderá renovado automáticamente por un término igual al inicialmente pactado. Parágrafo: No obstante, las partes en cualquier tiempo y de comun acuerdo podrán dar por terminado el presente contrato sin pago de indemnización alguna. **OCTAVA.- MORA:** Cuando el (los) arrendatario (s) incumpliere (n) el pago de la renta en la oportunidad, lugar y forma acordada en la cláusula segunda, el (los) arrendador (es) podrá (n) hacer cesar el arriendo y exigir judicial o extrajudicialmente la restitución del inmueble. **NOVENA. - CLÁUSULA PENAL:** El incumplimiento de cualquiera de las partes de las obligaciones derivadas de este contrato, la constituirá en deudora de la otra por la suma de:,

a titulo de pena, sin menoscabo del pago de la renta y de los perjuicios que pudieren ocasionarse como consecuencia del incumplimiento. En caso de mora en el pago del canon, el (los) arrendador (es) podrá (n) cobrar ejecutivamente el valor de los canones debidos, la pena aquí pactada, los servicios dejados de pagar por el (los) arrendatario (s), la indemnización de perjuicios, bastando para ello la sola afirmación del incumplimiento y estimación de los perjuicios y la presentación de este contrato. El (Los) arrendatario (s) renuncia (n) desde ya a cualquier tipo de constitución en mora que la ley exija para que le sea exigible la pena e indemnización que trata esta cláusula. **DÉCIMA. - PRÓRROGA:** El presente contrato se entenderá prorrogado en iguales condiciones y por el término inicial, siempre que cada una de las partes haya cumplido con las obligaciones a su cargo, y, que el arrendatario, acepte los reajustes de la renta autorizados por la ley (Art 6. Ley 820 de 2003). **DÉCIMA PRIMERA. - GASTOS:** Los gastos que cause la firma del presente contrato serán a cargo de:

DÉCIMA SEGUNDA. - DERECHO DE RETENCIÓN: En todos los casos en los cuales el (los) arrendador (es) deba (n) indemnizar a el (los) arrendatario (s), este (os) no podrá (n) ser privado (s) del inmueble arrendado sin haber recibido el pago previo de la indemnización correspondiente o sin que se le hubiere asegurado debidamente el importe de ella por parte de el (los) arrendador (es). **DÉCIMA TERCERA.- COARRENDATARIOS:** Para garantizar a el (los) arrendador (es) el cumplimiento de sus obligaciones, el(los) arrendatario (s) tiene (n) como coarrendatario (s) a:

NOMBRE E IDENTIFICACIÓN DEL COARRENDATARIO:

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL COARRENDATARIO:

El (Los) coarrendatario (s) declara (n) que se obliga (n) solidariamente con el (los) arrendador (es) durante el término de duración del contrato y el de sus prórrogas y por el tiempo que permanezca el inmueble en poder de este (os). **DÉCIMA CUARTA.** El (Los) arrendatario (s) faculta (n) expresamente a el (los) arrendador (es) para llenar en este documento el espacio en blanco destinado a los linderos. **DÉCIMA QUINTA.-LINDEROS DEL INMUEBLE:**

DÉCIMA SEXTA.-: Las partes firmantes señalan las siguientes direcciones para recibir notificaciones:
En constancia de lo anterior, se firma por las partes aquí presentes, el día ( ), del mes de del año ( ).

ARRENDADOR
C.C. o NIT No. 75075 1796

ARRENDATARIO Anagoalal.
C.C. o NIT No. 30736076

COARRENDATARIO Carlos Mauro Raz
C.C. No. 1.053-85189.

Powered by CamScanner

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE MANIZALES

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240109446687397921 **Nro Matrícula: 100-158968**

Pagina 1 TURNO: 2024-100-1-1012

Impreso el 9 de Enero de 2024 a las 10:35:36 AM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

CIRCULO REGISTRAL: 100 - MANIZALES DEPTO: CALDAS MUNICIPIO: MANIZALES VEREDA: MANIZALES
FECHA APERTURA: 21-07-2003 RADICACIÓN: 2003-14301 CON: ESCRITURA DE: 16-07-2003
CODIGO CATASTRAL: 170010101000003730016000000000COD CATASTRAL ANT: 17001010103730016000
NUPRE: ARM0003AESD
ESTADO DEL FOLIO: **ACTIVO**

==========

DESCRIPCION: CABIDA Y LINDEROS
CONTENIDOS EN ESCRITURA NRO 1955 DE FECHA 10-06-2003 EN NOTARIA 2A DE MANIZALES - LOTE DE TERRENO CON CASA DE HABITACIÓN - LOTE UNO (1) CON AREA DE 50.00 M2 (ART.11 DEL DECRETO 1711 DE JULIO 6/1984).

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO
La guarda de la fe pública

AREA Y COEFICIENTE
AREA - HECTAREAS: 0 METROS CUADRADOS: 50 CENTIMETROS CUADRADOS: 0
AREA PRIVADA - METROS CUADRADOS: 0 CENTIMETROS CUADRADOS: 0 / AREA CONSTRUIDA - METROS CUADRADOS: 0 CENTIMETROS: CUADRADOS0
COEFICIENTE : %

COMPLEMENTACION:
REGISTRO 16-07-2003 ESCRITURA 1955 DEL 10-06-2003 NOTARIA 2A DE MANIZALES. DESENGLOBE. A: DIPROCON INGENIERIA LTDA. REGISTRO 20-02-2003 ESCRITURA 202 DEL 22-01-2003 NOTARIA 2A DE MANIZALES. COMPRAVENTA. DE: CONSTRUIR INGENIERIA S.A. COINSA EN LIQUIDACION OBLIGATORIA. A: DIPROCON INGENIERIA LTDA. REGISTRO 03-08-2000 ESCRITURA 1192 DEL 28-07-2000 NOTARIA 1A. DE MANIZALES. DIVISION MATERIAL. DE: CONSTRUIR INGENIERIA S.A. "COINSA".REGISTRO 03-08-2000 ESCRITURA 1192 DEL 28-07-2000 NOTARIA 1A. MANIZALES ACTUALIZACION DE AREA Y LINDEROS DE: CONSTRUIR INGENIERIA S.A. "COINSA".REGISTRO 10-01-95 ESCRITURA 03 DEL 04-01-95 NOTARIA UNICA NEIRA LOTEO A: CONSTRUIR INGENIERIA S.A. "COINSA".REGISTRO 20-02-92 ESCRITURA 129 DEL 18-02-92 NOTARIA NEIRA DIVISION A: CONSTRUIR INGENIERIA S.A. COINSA. REGISTRO 30-01-92 ESCRITURA 932 DEL 28-12-91 NOTARIA DE NEIRA COMPRAVENTA DE: BANCO CENTRAL HIPOTECARIO A: CONSTRUIR INGENIERIA S.A. COINSA. REGISTRO 30-01-92 ESCRITURA 932 DEL 28-12-91 NOTARIA NEIRA DIVISION DE: BANCO CENTRAL HIPOTECARIO. REGISTRO 21-09-88 ESCRITURA 582 DEL 31-08-88 NOTARIA DE NEIRA DACION EN PAGO CON OTROS PREDIOS DE: COMPARTIR HOY POR ELLOS A: BANCO CENTRAL HIPOTECARIO. REGISTRO 17-12-84 ESCRITURA 2973 DEL 14-12-84 NOTARIA 1. MANIZALES DECLARACION A: COMPARTIR HOY POR ELLOS. REGISTRO 16-06-83 ESCRITURA 1165 DEL 14-06-83 NOTARIA 1. MANIZALES COMPRAVENTA Y DESENGLOBE DE: HIJOS DE ALFONSO JARAMILLO Y CIA. S.EN C. A: COMPARTIR HOY POR ELLOS. REGISTRO 28-07-64 ESCRITURA 757 DEL 22-07-64 NOTARIA 4. MANIZALES COMPRAVENTA CON OTROS DE: JARAMILLO RESTREPO ALFONSO A: HIJOS DE ALFONSO JARAMILLO R. LTDA. REGISTRO 13-03-67 ESCRITURA 211 DEL 15-02-67 NOTARIA 4. MANIZALES CAMBIO DE RAZON SOCIAL DE: HIJOS DE ALFONSO JARAMILLO R. LTDA. A: HIJOS DE ALFONSO JARAMILLO R. C X A.

DIRECCION DEL INMUEBLE
Tipo Predio: URBANO
1) KR 8 # 58 B - 19

DETERMINACION DEL INMUEBLE:
DESTINACION ECONOMICA:

MATRICULA ABIERTA CON BASE EN LA(s) SIGUIENTE(s) (En caso de Integración y otros)
100 - 158967

ANOTACION: Nro 001 Fecha: 16-07-2003 Radicación: 2003-14301
Doc: ESCRITURA 1955 DEL 10-06-2003 NOTARIA 2A DE MANIZALES VALOR ACTO: $

Powered by CamScanner

La validez de este documento podrá verificarse en la página certificados supernotariado.gov.co

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE MANIZALES

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240109446687397921 **Nro Matrícula: 100-158968**

Impreso el 9 de Enero de 2024 a las 10:35:36 AM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

ESPECIFICACION: OTRO: 0920 LOTEO (B.F. #01367 DEL 10-06-2003)

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

A: DIPROCON INGENIERIA LTDA. **NIT# 8002103093X**

ANOTACION: Nro 002 Fecha: 16-07-2003 Radicación: 2003-14302

Doc: ESCRITURA 2412 DEL 15-07-2003 NOTARIA 2A DE MANIZALES VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: OTRO: 0901 ACLARACION A LA E.P. #1955 DEL 10-06-2003 NOT. 2A. DE MZLES., EN CUANTO A DETERMINAR POR AREA Y LINDEROS LAS VIAS, CONSIGNAR AREA DEL PARQUE, MODIFICAR AREA PARQUEADERO R Y DETERMINAR AREA DEL LOTE DE MAYOR EXTENSION (B.F. #03508 DEL 16-07-2003)

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

A: DIPROCON INGENIERIA LTDA. **NIT# 8002103093X**

ANOTACION: Nro 003 Fecha: 13-08-2003 Radicación: 2003-16401

Doc: ESCRITURA 2834 DEL 12-08-2003 NOTARIA 2A DE MANIZALES VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: OTRO: 0904 ACTUALIZACION DE NOMENCLATURA (BFC #05197 13-08-03)

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

A: DIPROCON INGENIERIA LTDA. **NIT# 8002103093**

ANOTACION: Nro 004 Fecha: 13-08-2003 Radicación: 2003-16401

Doc: ESCRITURA 2834 DEL 12-08-2003 NOTARIA 2A DE MANIZALES VALOR ACTO: $28,000,000

ESPECIFICACION: MODO DE ADQUISICION: 0125 COMPRAVENTA VIVIENDA DE INTERES SOCIAL CON SUBSIDIO DE CONFAMILIARES (BFC #05197 13-08-03)

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: DIPROCON INGENIERIA LTDA. **NIT# 8002103093**

A: ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS **CC# 75075796 X**

A: CARDONA JIMENEZ CLAUDIA LILIANA **CC# 30327071 X**

ANOTACION: Nro 005 Fecha: 13-08-2003 Radicación: 2003-16401

Doc: ESCRITURA 2834 DEL 12-08-2003 NOTARIA 2A DE MANIZALES VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: GRAVAMEN: 0205 HIPOTECA CON CUANTIA INDETERMINADA ABIERTA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS CC# 75075796 X

DE: CARDONA JIMENEZ CLAUDIA LILIANA CC# 30327071 X

A: CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S. A.

ANOTACION: Nro 006 Fecha: 13-08-2003 Radicación: 2003-16401

Doc: ESCRITURA 2834 DEL 12-08-2003 NOTARIA 2A DE MANIZALES VALOR ACTO: $

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública

Powered by CamScanner

Nota: Este documento podrá verificarse en la página certificados.supernotariado.gov.co

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE MANIZALES

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240109446687397921 **Nro Matrícula: 100-158968**

Página 3 TURNO: 2024-100-1-1012

Impreso el 9 de Enero de 2024 a las 10:35:36 AM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

ESPECIFICACION: MEDIDA CAUTELAR: 0460 PROHIBICION ENAJENAR SIN AUTORIZACION DURANTE LOS 5 A/OS SIGUIENTES

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

A: ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS **CC# 75075796 X**

A: CARDONA JIMENEZ CLAUDIA LILIANA **CC# 30327071 X**

ANOTACION: Nro 007 Fecha: 13-08-2003 Radicación: 2003-16401

Doc: ESCRITURA 2834 DEL 12-08-2003 NOTARIA 2A DE MANIZALES VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: LIMITACION AL DOMINIO: 0315 CONSTITUCION PATRIMONIO DE FAMILIA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS CC# 75075796 X

DE: CARDONA JIMENEZ CLAUDIA LILIANA CC# 30327071 X

A: ALARCON CARDONA JUAN ALEJANDRO

A: FAVOR DE LOS HIJOS QUE LLEGAREN A TENER

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública

---

ANOTACION: Nro 008 Fecha: 22-09-2017 Radicación: 2017-100-6-18831

Doc: ESCRITURA 6343 DEL 13-09-2017 NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES VALOR ACTO: $0

Se cancela anotación No: 5

ESPECIFICACION: CANCELACION: 0843 CANCELACION POR VOLUNTAD DE LAS PARTES DE HIPOTECA ABIERTA CON CUANTIA INDETERMINADA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: BANCOLOMBIA S.A. NIT. 8909039388 ANTES CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A.

A: ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS **CC# 75075796**

A: CARDONA JIMENEZ CLAUDIA LILIANA **CC# 30327071**

NRO TOTAL DE ANOTACIONES: *8*

SALVEDADES: (Información Anterior o Corregida)

Anotación Nro: 0 Nro corrección: 2 Radicación: 2017-100-3-531 Fecha: 15-08-2017

EN DESCRIPCIÓN, CABIDA Y LINDEROS INCLUIDO: "LOTE DE TERRENO CON CASA DE HABITACIÓN" E INCLUIDA DIRECCIÓN: "CARRERA 8 #58B-19 URBANIZACIÓN LA CUMBRE" SI VALE. ARTICULO 59 LEY 1579 DE 2012

Anotación Nro: 0 Nro corrección: 1 Radicación: 2010-100-3-139 Fecha: 14-11-2010

SE ACTUALIZA FICHA CATASTRAL CON LA SUMINISTRADA POR EL I.G.A.C., SEGUN RES. NO. 8589 DE 27-11-2008 PROFERIDA POR LA S.N.R (CONVENIO IGAC-SNR DE 23-09-2008)

Anotación Nro: 0 Nro corrección: 3 Radicación: ICARE-2023 Fecha: 12-02-2023

SE ACTUALIZA/INCLUYE FICHA CATASTRAL Y/O NUPRE, CON EL SUMINISTRADO POR EL GC DE MASORA, RES. RES. 0000000040 DE 2022 PROFERIDA POR ESA ENTIDAD, RES. NO. 09009 DE 29/10/2020 EXPEDIDA POR LA S.N.R.

...

...

...

...

Powered by CamScanner

AA 8175574 119

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO

Y REGISTRO.

FORMATO DE CALIFICACIÓN.-

MATRICULA INMOBILIARIA:100-158968 - - - - - -

CÓDIGO CATASTRAL GLOBAL: 1-01-0336-0002-000

INMUEBLE: URBANO.- ----------

UBICACIÓN DEL PREDIO: **LOTE UNO (1): UN LOTE DE TERRENO URBANO CON VIVIENDA NUEVA DE INTERÉS SOCIAL, ESTRATO TRES (3), UBICADO EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, EN LA URBANIZACIÓN LA CUMBRE, EN LA CARRERA 8 No. 58B - 19.** - - - - - — — - - - - - - — - - - - - -

DATOS DE LA ESCRITURA PUBLICA:

NUMERO: DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO (2834)- — - - - - - - -

FECHA DE SU AUTORIZACIÓN: DOCE (12) DE AGOSTO DE 2003 - - - - - - -

NOTARIA DE ORIGEN: SEGUNDA DEL CIRCULO DE MANIZALES. ———

DEPARTAMENTO: CALDAS - MUNICIPIO: MANIZALES ----------

NATURALEZA JURÍDICA DEL ACTO: VENTA DE VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL E HIPOTECA ABIERTA SIN LIMITE DE CUANTÍA ----------

CÓDIGOS: 0125 Y 0205 ----------

CONSTITUCIÓN DE PATRIMONIO DE FAMILIA: SI - - - - - - - - - - -

CÓDIGO: 0305----------

VALOR DEL ACTO: **$28.000.000.00**----------

VALOR DE LA HIPOTECA: **$14.000.000.00**----------

AVALUO: $ 4.783.000 - ----------

AFECTACIÓN A VIVIENDA FAMILIAR; NO----------

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO: COMO PARTE VENDEDORA **DIPROCON INGENIERIA LTDA.** NIT 800.210.309-3 REPRESENTADA POR **GONZALO MAZUERA VALENCIA** CEDULA DE CIUDADANÍA **10.223.693** EXPEDIDA EN MANIZALES Y **COMO PARTE COMPRADORA- DEUDORA: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Y CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ** CEDULAS DE CIUDADANÍA **75.075.796 Y 30.327.071** EXPEDIDAS EN **MANIZALES**, COMO PARTE ACREEDORA: **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** NIT. 890.913.341-4, REPRESENTADO POR EL DOCTOR

NOTARIA SEGUNDA MANIZALES CALDAS

USO EXCLUSIVO DE LA NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES

Powered by CamScanner

JUAN CARLOS ZULUAGA MAESE, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANÍA 10.246.561 EXPEDIDA EN MANIZALES,----------

Con la anterior información se da cabal cumplimiento a lo dispuesto por la Superintendencia de Notariado y Registro mediante la resolución número 1156 de marzo 29 de 1996, artículos 1º. Y 2º y en desarrollo del Decreto 2150 de 1995, emanado del Gobierno Nacional. ----------

ESCRITURA PUBLICA NUMERO: DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO (2834)

En el Municipio de Manizales, Círculo notarial del mismo nombre, Capital del Departamento de Caldas, República de Colombia, a LOS DOCE (12) DIAS -- - - DE AGOSTO del año dos mil tres (2.003), comparecieron al despacho de la NOTARIA SEGUNDA a cargo del Notario encargado EDWAR DIAZ ZAPATA - - -- , el señor **GONZALO MAZUERA VALENCIA,** mayor de edad, vecino de Manizales, identificado con la cédula de ciudadanía número 10.223.693 expedida en Manizales, quien actúa en nombre y representación en calidad de Representante Legal de la Sociedad DIPROCON INGENIERIA LIMITADA con NIT. 800.210.309-3, sociedad constituida por medio de la escritura pública No. 3.190 otorgada en la Notaria Primera de Manizales, el día 22 de Octubre de 1.993, inscrita en la Cámara de Comercio de Manizales el 4 de Noviembre de 1.993 bajo el número 00030236, del libro IX, - -, en su calidad de gerente debidamente facultado para este acto, calidad y circunstancias que acredita con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Manizales, el cual se protocoliza con la presente escritura, quien en el texto de esta escritura se llamará LA PARTE VENDEDORA, Y **JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Y CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ,** mayores de edad, vecinos de Manizales, identificados con las cédulas de ciudadanía números 75.075.796 y 30.327.071 expedidas en Manizales, de estado civil casados con sociedad conyugal de bienes vigente, quienes obran en sus propios nombres y representación, que en el texto de esta escritura se llamarán LA **PARTE COMPRADORA y manifestaron: Que han celebrado el contrato contenido** en las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** OBJETO: LA PARTE VENDEDORA por este instrumento, transfiere a titulo de COMPRAVENTA a favor de LA PARTE COMPRADORA, el pleno derecho de dominio y posesión que tiene y ejerce sobre

USO EXCLUSIVO DE LA NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES

Powered by CamScanner

el siguiente inmueble: **LOTE UNO (1): UN LOTE DE TERRENO URBANO CON VIVIENDA NUEVA DE INTERÉS SOCIAL, ESTRATO TRES (3), UBICADO EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, EN LA URBANIZACIÓN LA CUMBRE, EN LA CARRERA 8 No. 58B - 19**, según boletín de nomenclatura No. 0384-2-2003 expedido por la Primera Curaduría Urbana de Manizales el 28 de Julio de 2.003, que se protocoliza con el presente instrumento. Con una extensión superficiaria aproximada de 50.00 M2 y una construcción de 36.44 M2. Comprendido dentro de los siguientes linderos: LOTE UNO (1): ### Partiendo del punto A ubicado en la esquina lindero con la carrera 8 y siguiendo en línea recta en una longitud de 5.00 metros, con la carrera 8, hasta llegar al punto B. De este punto deflexión 90° a la derecha y siguiendo en línea recta en longitud de 10.00 metros lindero con el lote 2, hasta llegar al punto C. De este punto deflexión 90° a la derecha y siguiendo en línea recta en longitud de 5.00 metros lindero con el lote 18, hasta llegar al punto D. De este punto deflexión 90° a la derecha y siguiendo en línea recta lindero con la calle 58C, hasta llegar al punto A de partida. ### La casa consta de: Dos alcobas, un baño, sala-comedor, cocina y patio de ropas. Inmueble identificado con folio de Matricula Inmobiliaria No.100-158968 y ficha catastral global No. 01-01-0336-0002-000. No obstante la cabida y linderos acabados de expresar el inmueble se vende como cuerpo cierto. **SEGUNDA: TRADICION**: Adquirió la sociedad DIPROCON INGENIERIA LTDA. en mayor extensión, por compra realizada a la sociedad CONSTRUIR INGENIERIA S.A. COINSA EN LIQUIDACIÓN OBLIGATORIA, tal como consta en la escritura pública número 202 del 22 de enero de 2003 otorgada en la Notaria Segunda del Circulo de Manizales, escritura en su oportunidad registrada en la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Manizales, a los folios de matricula inmobiliaria números 100-151100. Seguidamente por escritura pública numero 1955 del 10 de Junio de 2003 de la Notaria Segunda de Manizales se efectuó un desenglobe y un loteo, escritura que fue aclarada mediante escritura pública No. 2412 del 15 de Julio de 2003 de la Notaria Segunda de Manizales, escrituras debidamente registradas en la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de

USO EXCLUSIVO DE LA NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES

Powered by CamScanner

Manizales, el desenglobe entre otro al folio de matricula inmobiliaria número 100-158967, y el loteo y la actaración al folio de matricula inmobiliaria número 100-158968 entre otros, que es el que le corresponde al inmueble objeto de este contrato, y la construcción por haberla levantado a sus propias expensas. **TERCERA. PRECIO**. Que el precio de esta compraventa es la suma de **VEINTIOCHO MILLONES DE PESOS ($28.000.000.00) MONEDA CORRIENTE**, valor que LA PARTE COMPRADORA pagarán a LA PARTE VENDEDORA así: a) La suma de TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000,00) MCTE, el dia 10 de Abril de 2003, b) Una segunda cuota de UN MILLON OCHOCIENTOS SETENTA MIL TREINTA Y CINCO PESOS ($1.870.035.00) MCTE, el dia 23 de Mayo de 2003, c) La suma de CINCO MILLONES TRESCIENTOS DOCE MIL PESOS ($5.312.000.00) MCTE, producto del subsidio no reembolsable que para la adquisición de Vivienda de Interés Social, le otorgó la Caja de Compensación Familiar de Caldas COMFAMILIARES, mediante acta de asignación No. 017 de fecha 10 de Abril de 2003, d) OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SEISCENTOS SESENTA Y OCHO PESOS ($885.668.00) MCTE, depositados en el Fondo de Cesantias Santander, e) DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS ($2.932.297.00) MCTE, depositados en la cuenta de ahorro programado No. 0525500252716 en la entidad COLMENA, sumas de dinero todas estas que LA PARTE VENDEDORA declara tener recibidos a entera satisfacción a la firma de la presente escritura, c) El saldo del precio, o sea la suma de CATORCE MILLONES DE PESOS ($14.000.000.00) MONEDA CORRIENTE con el producto de un préstamo que le otorgará **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A,** con hipoteca de primer grado para garantizar compra de vivienda nueva a largo plazo superior a cinco años (5) como se dirá mas adelante, equivalentes a CIENTO DOS MIL CIENTO SETENTA Y SIETE UNIDADES CON DOSCIENTAS SETENTA Y CINCO DIEZMILESIMAS DE UNIDAD DE VALOR REAL U.V.R. (102.177,0275 U.V.R.), y que al 29 de Julio de 2003, tiene un valor cada U.V.R. de 137.0171 y que equivalen a la suma de CATORCE MILLONES DE PESOS ($14.000.000.00) MONEDA CORRIENTE. Entidad que hará efectivo el préstamo solo si se cumplen la totalidad de los requisitos que para su liquidación exige CONAVI BANCO

USO EXCLUSIVO DE LA NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES

Powered by CamScanner

COMERCIAL Y DE AHORROS S A al usuario del crédito En un término de 180 meses. No obstante la forma de pago aquí pactada la vendedora, renuncia a la condición resolutoria derivada de la misma. **CUARTA: SANEAMIENTO Y CONDICIONES DE ENTREGA:** El inmueble que se vende es de la exclusiva propiedad de LA PARTE VENDEDORA, quien no lo ha enajenado por acto anterior al presente, y lo garantiza libre de gravámenes, servidumbres, desmembraciones, usufructo, uso, habitación, condiciones resolutorias de dominio, pleitos pendientes, embargos judiciales, censo, anticresis, arrendamiento por escritura pública, movilización, patrimonio de familia en general de cualquier limitación al dominio, Obligándose LA PARTE VENDEDORA, en todo caso, al saneamiento de lo vendido, en los casos de ley, sea por evicción o por vicio redhibitorios, igualmente LA PARTE VENDEDORA entrega el bien a paz y salvo por concepto de impuestos, tasas, contribuciones, valorizaciones, conexión e instalación de los servicios de acueducto, alcantarillado, y energía eléctrica, liquidadas hasta la fecha de esta escritura, siendo de cargo de LA PARTE COMPRADORA las sumas que por tales conceptos se liquiden a partir de la fecha. **QUINTA: DECLARACIONES DE LA PARTE COMPRADORA:** Los beneficiarios del subsidio familiar de vivienda, en cumplimiento a normas vigentes sobre la materia, hacen las siguientes otras declaraciones, a) Que la vivienda de que trata este instrumento público, es una VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL, que hace parte de la Urbanización LA CUMBRE; b) Que el hogar beneficiado con el SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA está integrado por:

NOMBRE	CEDULA	ESTADO CIVIL
JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO	75.075.796	CASADO
CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ	30.327.071	CASADA
JUAN ALEJANDRO ALARCON CARDONA	M.E.	

c) Que la vivienda de que trata la presente escritura pública, es VIVIENDA DE INTERÉS SOCIAL adquirida con el SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA, por valor de **CINCO MILLONES TRESCIENTOS DOCE MIL PESOS ($5.312.000.00) MONEDA CORRIENTE**, el cual les fue otorgado por LA CAJA DE

USO EXCLUSIVO DE LA NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES

Powered by CamScanner

COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS "CONFAMILIARES", mediante acta de Asignación No. 017 del 10 de Abril de 2003, y carta de asignación de fecha 30 de Abril de 2003, cuya copia se protocoliza con la presente escritura. d) Que este inmueble lo recibirá LA PARTE COMPRADORA real, materialmente el día de la firma de la presente escritura pública. e) Que LA PARTE COMPRADORA como beneficiarios del SUBSIDIO FAMILIAR DE VIVIENDA, aceptan la obligación de restituirlo a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS "CONFAMILIARES", entidad que se los otorgó, si están incursos en las causales de sanción señaladas en los artículos 8º y 30º ley 3ª de 1991, enunciados en la cláusula sexta de la presente escritura y demás normas concordantes. **PARÁGRAFO:** No obstante la forma de pago pactada, LA VENDEDORA, y LA PARTE COMPRADORA, renuncian expresamente a cualquier condición resolutoria que se derive de ella y en general del presente contrato de COMPRAVENTA y por lo tanto, la venta se otorga firme e irresoluble. **SEXTA:** Decreto 2620 del 18 de diciembre del 2000, Artículo 64 **PROHIBICIÓN DE ENAJENAR LA VIVIENDA Y RESTITUCIÓN DEL SUBSIDIO:** La vivienda adquirida, construida o mejorada con el subsidio familiar de vivienda estará sujeta a la prohibición de enajenarse durante **los cinco (5) años siguientes**, contados a partir de la fecha de expedición del documento que acredita la asignación de subsidio correspondiente, salvo cuando el beneficiario que deseare enajenarla restituya el subsidio recibido, en valor constante a la fecha de restitución. Todo lo anterior sin perjuicio de las enajenaciones que pudieran autorizarse de acuerdo a lo señalado en el artículo 65 y los artículos concordantes del decreto 2620 del 18 de diciembre de 2000 y la constitución de Patrimonio Inembargable de Familia. **SEPTIMA: GASTOS:** Los gastos que se causen por el otorgamiento y registro de la escritura correspondiente, en lo concerniente a compraventa serán pagados así: Los derechos notariales por partes iguales por ambos contratantes, y los derechos de registro y boleta de venta por cuenta de LA PARTE COMPRADORA, al igual que todos los gastos que se causen por el otorgamiento y registro de la hipoteca. **OCTAVA: AFECTACIÓN A VIVIENDA FAMILIAR:** El inmueble que se adquiere por medio de la Presente escritura NO SE AFECTA A VIVIENDA FAMILIAR, por no estar dentro de las circunstancias establecidas en la ley 258

USO EXCLUSIVO DE LA NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES

Powered by CamScanner

de 1996. **NOVENA: ENTREGA:** La entrega del inmueble se efectuará el día de la firma de la presente escritura pública, el cual LA PARTE COMPRADORA declara tener recibido a entera satisfacción. **DECIMA: ACEPTACIÓN: LA PARTE COMPRADORA** declara: a)Que aceptan esta escritura, la venta que en ella se contiene y las estipulaciones que se hacen por estar todo a su entera satisfacción. b) Que acepta que el inmueble le sea entregado real y materialmente el día de la firma de la presente escritura pública, el cual declara tener recibido a entera satisfacción. c) Que serán de su cargo los valores que liquiden las empresas de servicios públicos del municipio por concepto de reajustes en los derechos de los respectivos servicios con posterioridad al presente contrato, así como los impuestos, tasas, contribuciones y gravámenes que sobre el inmueble decreten o liquiden la nación y/o el municipio a partir de la fecha. Comparecieron nuevamente – **JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Y CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ,** mayores de edad, vecinos de Manizales, identificados con las cédulas de ciudadanía números 75.075.796 y 30.327.071 expedidas en Manizales, de estado civil casados con sociedad conyugal de bienes vigente, quienes obran en sus propios nombres y representación, y dijeron: **PRIMERO:** Que en este acto obran en sus propios nombres y representación. **SEGUNDO: CONSTITUCIÓN DE HIPOTECA ABIERTA SIN LÍMITE DE CUANTÍA:** Que los comparecientes para garantizar a **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A.,** el pago del crédito que éste les conceda, quienes en adelante se llamarán **LA PARTE DEUDORA** y ejercitando la facultad prevista en el Artículo 2438 del Código Civil, constituyen en favor de **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A., hipoteca abierta de primer grado sin límite en su cuantía** sobre el siguiente inmueble el cual se hipoteca como cuerpo cierto: **LOTE UNO (1): UN LOTE DE TERRENO URBANO CON VIVIENDA NUEVA DE INTERÉS SOCIAL, ESTRATO TRES (3), UBICADO EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, EN LA URBANIZACIÓN LA CUMBRE, EN LA CARRERA 8 No. 58B - 19,** según boletín de nomenclatura No. 0284-2-2003 expedido por la Primera Curaduría Urbana de Manizales el 28 de

USO EXCLUSIVO DE LA NOTARÍA SEGUNDA DE MANIZALES
SEGUNDA ZAPATA MANIZALES CALDAS

ESTE PAPEL NO TIENE COSTO ALGUNO PARA EL USUARIO

Powered by CamScanner

Julio de 2.003, que se protocoliza con el presente instrumento. Inmueble identificado con folio de Matricula Inmobiliaria No.100-158968 y ficha catastral global No. 01-01-0336-0002-000, alinderado ampliamente en la primera parte de la presente escritura, o sea donde se encuentra consignado el contrato de compraventa. La hipoteca se extiende a todas las edificaciones, mejoras e instalaciones existentes y a las que llegaren a levantarse o a integrarse a el (los) inmueble(s) en el futuro y se extiende también a las pensiones devengadas por el arrendamiento de los bienes hipotecados y a la indemnización debida por las aseguradoras del (los) mismo(s) bien(es), según el artículo 2446 del Código Civil. **PARÁGRAFO:** El producto inicial del mutuo se destinará de conformidad con la ley 546 de 1999 a la adquisición de vivienda nueva o usada, o a la construcción de vivienda individual, o al mejoramiento de la misma tratándose de vivienda de interés social. **TERCERO: TITULO DE ADQUISICIÓN:** Que el inmueble dado en garantía hipotecaria fue adquirido por **JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Y CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ** por compra hecha a la sociedad DIPROCON INGENIERIA LTDA. por medio de la presente escritura, que registrara en la Oficina de Registro de Instrumentos Públicos de Manizales al folio de matrícula inmobiliaria número 100-158968. **CUARTO: GARANTÍA DE PROPIEDAD Y LIBERTAD:** Que garantiza (n) que dicho (s) inmueble (s) es (son) de su propiedad exclusiva, que no ha(n) sido constituido(s) en patrimonio de familia, ni dado (s) en arrendamiento por escritura pública, ni en anticresis y que se halla(n) libre(s) de hipotecas, embargos, censos, condiciones resolutorias, registro por demanda civil, servidumbres pasivas, uso o usufructo y cualquier otra clase de gravámenes o desmembraciones; y que se obliga (n) a mantenerlo en este estado por todo el plazo otorgado para el pago de la deuda. **PARÁGRAFO:** En cuanto a hipotecas el inmueble está libre como ya se dijo. **QUINTO: OBLIGACIONES GARANTIZADAS:** Teniendo en cuenta que la hipoteca constituida en el presente instrumento es de naturaleza abierta y sin límite en la cuantía, garantiza el cumplimiento de todas las obligaciones que **LA PARTE DEUDORA** conjunta o separadamente hayan adquirido o adquieran en el futuro en favor de **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A,** en los términos y condiciones previstos en los respectivos documentos que

USO EXCLUSIVO DE LA NOTARÍA SEGUNDA DE MANIZALES

Powered by CamScanner

USO EXCLUSIVO DE LA NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES

contengan las obligaciones principales y accesorias, en razón de contratos de mutuo o por cualquier otra causa que **LA PARTE DEUDORA** conjunta o separadamente quede obligado por cualquier concepto, ya sea porque obre exclusivamente en su propio nombre, con otra u otras firmas, en razón de préstamos o créditos de otro orden, o cualquier otro género de obligaciones que consten o estén incorporados en títulos – valores o en cualquier otro documento de carácter comercial y civil, otorgados, girados, avalados, aceptados, endosados, o firmados por **LA PARTE DEUDORA** conjunta o separadamente, en forma tal que esta quede obligado ya sea individual, conjunta o solidariamente con otra u otras personas naturales o jurídicas para con **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A. PARÁGRAFO:** Queda Entendido claramente que para determinar el límite de esta hipoteca abierta, bastará convertir las obligaciones contraídas en Unidades de Valor real UVR, a su equivalencia en pesos moneda legal por el valor que tenga la UVR, el día que se quiera hacer la determinación de dicho límite. **PARÁGRAFO 1:** El crédito inicialmente aprobado por **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** en favor de LA PARTE DEUDORA asciende a la cantidad de CATORCE MILLONES DE PESOS ($14.000.000.00) que equivalen a CIENTO DOS MIL CIENTO SETENTA Y SIETE UNIDADES CON DOSCIENTAS SETENTA Y CINCO DIEZMILESIMAS DE UNIDAD DE VALOR REAL U.V.R. (102.177,0275 U.V.R.), y que al 29 de Julio de 2003, tiene un valor cada U.V.R. de 137.0171 y que equivalen a la suma de **CATORCE MILLONES DE PESOS ($14.000.000.00) MONEDA CORRIENTE** que será pagado dentro del plazo de quince (15) años en ciento ochenta (180) cuotas mensuales, mes vencida, la primera en un mes después del desembolso, pero la garantía cubre también toda clase de obligaciones que **LA PARTE DEUDORA** conjunta o separadamente contraigan en el futuro en favor de **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A,** conforme a lo ya expresado en esta cláusula y a lo establecido en las cláusulas Octava y Décima Primera de esta hipoteca. Esta liquidación es con el fin de determinar los derechos notariales y de registro de la presente hipoteca. **Adicionalmente, para dar cumplimiento a**

ESTE PAPEL NO TIENE COSTO ALGUNO PARA EL USUARIO

Powered by CamScanner

lo ordenado por el Artículo 58 de la ley 788 de 2002, LA PARTE DEUDORA certifica que a la fecha no han recibido desembolsos efectivos de créditos que estén garantizados con la presente hipoteca. Es decir, que el desembolso es cero (0) PARÁGRAFO 2: La entrega del (los) préstamo (s) se hará de acuerdo con las disponibilidades de tesorería de **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** y el (los) contrato (s) de mutuo constará(n) en el (los) documento(s) que contenga (n) la (s) obligación (es) **SEXTO: ACELERACIÓN DEL PLAZO:** Que LA PARTE DEUDORA reconoce y acepta el derecho de **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS** S.A para declarar por si misma y unilateralmente extinguido el plazo de la deuda y para exigir de inmediato el pago de la totalidad de ella, con intereses, accesorios, costas, gastos y honorarios de cobranzas judicial en los casos en que hubiere lugar, en cualquiera de los casos que siguen. 1. Si **LA PARTE DEUDORA** no atiende o incumple las obligaciones que contrae según esta escritura, o las obligaciones que contraiga conjunta o separadamente a favor de **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** de acuerdo con los documentos o titulos – valores respectivos, o no satisface las cuotas de amortización o los intereses en los términos previstos en los documentos respectivos; 2. Si el (los) inmueble (s) hipotecado (s) es perseguido en todo o en parte por un tercero o en ejercicio de cualquier acción legal; 3. Si el (los) inmueble (s) mismo (s) desmejora (n) o sufre (n) deprecio tal (es) que no llegue (n) a ser garantia suficiente del crédito, a juicio de un perito que designe **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** , 4 Si el (los) inmueble (s) que se determina (n) en el presente contrato, es (son) gravado (s) con hipoteca (s) distinta (s) a la (s) constituida (s) mediante esta escritura; 5 Si el hipotecante (s) enajena (n) en todo o en parte el (los) inmueble (s) sin consentimiento expreso de **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A.** ; 6. Si LA PARTE DEUDORA no aplica la totalidad o parte del crédito al fin para el cual se le aprobó; 7. Por inexactitud o falsedad en los documentos en virtud de los cuales se haya obtenido la adjudicación del crédito. En todos los casos y para todos los efectos, será suficiente prueba de incumplimiento el simple dicho al respecto del representante legal de **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** y sin necesidad

USO EXCLUSIVO DE LA NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES

Powered by CamScanner

de requerimiento judicial alguno. **SÉPTIMO: CESIÓN DE CRÉDITO Y GARANTÍA:** Que LA PARTE DEUDORA acepta desde ahora, con todas las consecuencia señaladas en la ley sin necesidad de notificación alguna, en cuanto la ley lo permita, cualquier endoso o traspaso que **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** haga de las obligaciones amparadas con esta u otras garantía (s), de la garantía misma y de los contratos que celebre con relación a la administración de el (los) inmueble (s). Igualmente la hipoteca podrá ser cedida a petición de LA PARTE DEUDORA, a favor de otra entidad financiera, para tal efecto **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** autorizará en un plazo no mayor a diez (10) días hábiles, la cesión de la hipoteca una vez **LA PARTE DEUDORA** entrega la oferta vinculante del nuevo acreedor. **OCTAVO: COSTAS Y GASTOS JUDICIALES:** Que serán de cargo de **LA PARTE DEUDORA** el valor de las costas y gastos judiciales a que hubiere lugar, agencias en derecho, honorarios de abogados que en nombre de **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** promuevan la acción o las acciones para obtener el recaudo del crédito, seguros, impuestos, cuotas de administración, contribuciones de valorización, cuentas de servicios públicos y en general todos aquellos gastos en que tenga que incurrir **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** por incumplimiento de su obligaciones, los del otorgamiento y registro de esta escritura; los de cancelación de la hipoteca en su oportunidad; los de expedición de una primera copia registrada de este contrato con mérito ejecutivo y los de expedición de un Certificado de Libertad y Propiedad en que conste la anotación del gravamen hipotecario aquí constituido, documentos éstos destinados a **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** y que **LA PARTE DEUDORA** se obliga a entregar en sus dependencias como previo e indispensable requisito para el perfeccionamiento del crédito o créditos que le vaya a conceder. **PARÁGRAFO:** Que **LA PARTE DEUDORA** se obliga a pagar a **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** todos los gastos que se generen desde el estudio hasta el perfeccionamiento del crédito o créditos que le haya otorgado o le otorgue en el

USO EXCLUSIVO DE LA NOTARÍA SEGUNDA DE MANIZALES

ESTE PAPEL NO TIENE COSTO ALGUNO PARA EL USUARIO

Powered by CamScanner

futuro tales como la totalidad de impuestos de timbre de conformidad con la ley, el estudio de titulos, visitas que le sean facturadas por **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A,** etc. **NOVENO: SECUESTRE**: Que en caso de acción judicial **LA PARTE DEUDORA** se adhiere al nombramiento del secuestre que haga **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** de acuerdo con lo establecido en el numeral 4° del artículo noveno (9°) del Código de procedimiento Civil; y renuncia al derecho establecido en el artículo 520 del mismo Código. **DÉCIMO: VIGENCIA DE LA HIPOTECA:** Que la hipoteca aquí constituida estará vigente mientras **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** no la cancele, y mientras exista a su favor y a cargo de **LA PARTE DEUDORA** conjunta o separadamente cualquier obligación pendiente y sin solucionar de manera total o parcial. **DECIMO PRIMERO: SEGUROS**: Que **LA PARTE DEUDORA** se obliga a contratar en favor de **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** un seguro de vida y un seguro de incendio y terremoto o todo riesgo en construcción por el (los) inmueble (s) hipotecado (s) en un plazo máximo de treinta (30) dias contados a partir de la fecha de aprobación del crédito y se obliga a mantener dichos seguros en favor de **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** por todo el tiempo de duración de la deuda en las siguientes condiciones: el seguro de incendio y terremoto se tomará por el valor comercial de el (los) inmueble (s), el seguro de vida se tomará por una cantidad no inferior al valor aprobado y se obliga a mantenerlo por una cantidad no inferior al saldo total de la deuda, y en caso del seguro de todo riesgo en construcción se tomará por el valor del proyecto. Los seguros deberán tomarse con un índice variable que periódicamente señale **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A**. Todo lo anterior dentro de las pólizas globales establecidas por **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A**, o individualmente tomados según sea el caso, dentro de la libertad que tiene el (los) **LA PARTE DEUDORA** (es) de asegurar el bien hipotecado con la compañía de seguros que escoja, con la cobertura y demás condiciones exigidas por **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** según sea el caso, para que en el evento de muerte o siniestro el monto de la indemnización se aplique preferencialmente a la deuda, y el exceso, si lo hubiere,

USO EXCLUSIVO DE LA NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES

Powered by CamScanner

se entregue a **LA PARTE DEUDORA** o a sus causahabientes, sobre este punto, se aplicará además el Artículo 1101 del Código del Comercio SI LA PARTE DEUDORA no cumple con esta obligación **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** queda autorizada desde ahora para hacerlo por su cuenta y para cargarle el valor de las primas de seguro, pudiendo aplicar preferencialmente cualquier abono al pago de dichos seguros. Es entendido que la obligación de mantener asegurado (s) el (los) inmueble (s) y la (s) vida (s) de **LA PARTE DEUDORA** es por cuenta del mismo, en caso de que no lo haga, no implica, en ningún caso, ni en forma alguna, responsabilidad para **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A**, quien puede o no hacer uso de la facultad consignada en esta misma cláusula. **DÉCIMO SEGUNDO CONDICIONES DE DESAFECTACION EN MAYOR EXTENSIÓN: CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A, desafectará el (los) inmueble (s)** gravado (s) con hipoteca en mayor extensión, cuando sea el caso, de conformidad con lo dispuesto en el numeral Once (11) de la Circular externa de la Superintendencia Bancaria número. 085 de Diciembre 29 de 2000, siempre y cuando el Constructor haya - cancelado a **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** la prorrata correspondiente y el (los) LA PARTE DEUDORA haya (n) cumplido todas las obligaciones para con **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A**, exigidas y necesarias para el perfeccionamiento del crédito, tales como: la firma del pagaré, gastos legales y seguros, etc. **DÉCIMO TERCERO: CONVENIO:** Que ni la constitución de la hipoteca anterior, ni la firma de esta escritura, obligan a **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** a la entrega de sumas de dinero, ni a la promesa o compromiso de celebrar ningún contrato, ni al perfeccionamiento del contrato de mutuo, el cual solo se perfecciona con la entrega del crédito, por ser el mutuo un contrato real, siendo estas operaciones materia de convenio entre las partes, que estarán representadas en documentos separados, que deberán ser firmados para el perfeccionamiento del crédito por **LA PARTE DEUDORA**, los codeudores y avalistas correspondientes. Como

(*) USO EXCLUSIVO DE LA NOTARIA SEGUNDA DE BARRANQUILLA

ESTE PAPEL NO TIENE COSTO ALGUNO PARA EL USUARIO

Powered by CamScanner

consecuencia de lo anterior, **LA PARTE DEUDORA** reconoce expresamente que CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A no esta obligada a dar o a entregar suma alguna en virtud del presente documento. Si en el lapso entre la aprobación del crédito y su probable perfeccionamiento, **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** conoce de hechos sucedidos antes o después de aquella, los cuales la hubieren impedido aprobar el crédito, podrá darlo por desistido. **DÉCIMO CUARTO: PODER:** Que en caso de pérdida o destrucción de la primera copia para exigir mérito ejecutivo, el (los) comparecientes mediante este mismo instrumento confieren poder especial hasta la cancelación total del crédito, al representante legal o apoderado de **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** para solicitar al señor Notario mediante escritura pública, se sirva compulsar una copia substitutiva con igual mérito. Presente el doctor JUAN CARLOS ZULUAGA MAESE mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía número 10.246.561 de Manizales quien actúa en nombre y representación en su calidad de Apoderado Especial de **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A.**, según poder a él otorgado mediante la escritura pública No. 2389 del 06 de Junio de 2003 de la Notaría Veintinueve (29) de Medellín y dijo: 1. Que para los efectos de este contrato obra en su calidad de **APODERADO ESPECIAL** de **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A**, establecimiento de crédito con domicilio principal en la ciudad de Medellín, conforme lo acredita en el certificado expedido por la Superintendencia Bancaria y poder que entrega para que se protocolice con esta escritura. 2) Que en la condición dicha acepta para **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** la hipoteca constituida en su favor y las demás declaraciones de voluntad que en favor de **CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A** ha (n) formulado por medio de esta escritura el (los) señor(es) **JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Y CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ. DÉCIMO QUINTO: PATRIMONIO DE FAMILIA INEMBARGABLE** -Presentes nuevamente **JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Y CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ** de las condiciones civiles y personales al comienzo mencionadas, manifestaron: Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 60 de la ley 09 de 1989, MODIFICADO por el articulo

USO EXCLUSIVO DE LA NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES

Powered by CamScanner

38 de la ley 3 de 1991 **CONSTITUYEN PATRIMONIO DE FAMILIA INEMBARGABLE**, sobre el inmueble descrito por su ubicación, cabida y linderos en la cláusula PRIMERA de la primera parte de esta escritura, en favor de JUAN ALEJANDRO ALARCON CARDONA y en favor de los hijos que llegaren a tener, el cual se regirá para todos los efectos legales por las citadas normas, reconociendo desde ya que la única persona que puede perseguir y embargar el bien sobre el cual se constituye el patrimonio de familia, es CONAVI BANCO COMERCIAL Y DE AHORROS S.A. o quien legalmente represente sus derechos, o la persona a quien esta le transfiera o ceda a cualquier titulo el crédito y las garantías que lo amparan. EL NOTARIO EN USO DE LAS ATRIBUCIONES QUE LE CONFIERE EL ARTICULO 12 DEL DECRETO 2148 DE 1983 AUTORIZA QUE LA PRESENTE ESCRITURA SEA FIRMADA FUERA DEL DESPACHO NOTARIAL, POR EL DOCTOR JUAN CARLOS ZULUAGA MAESE. **OTORGADA CONFORME A MINUTA PRESENTADA A LA NOTARIA,** EL SUSCRITO NOTARIO SEGUNDO ADVIRTIÓ A LOS CONTRATANTES SOBRE EL CONTENIDO DEL ARTICULO 32 DEL DECRETO 1.250 DE 1970, DONDE HACE REFERENCIA A QUE LAS ESCRITURAS DE HIPOTECA, SOLO PODRÁN INSCRIBIRSE EN LA OFICINA DE REGISTRO DE LA LOCALIDAD, DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A SU OTORGAMIENTO Y DE NO HACERLO EN EL TERMINO INDICADO, SE DEBERÁ OTORGAR UNA NUEVA ESCRITURA, CON LOS PERJUICIOS Y GASTOS CORRESPONDIENTES. **NOTA IMPORTANTE A TENER EN CUENTA POR LOS OTORGANTES.** La presente escritura fue leída en su totalidad por los comparecientes, advertidos de su registro oportuno, la encontraron conforme a su pensamiento y voluntad y por no OBSERVAR ERROR alguno en su contenido, le imparten su aprobación y proceden a firmarla con el Suscrito Notario que da fe, declarando los comparecientes estar NOTIFICADOS de que un ERROR NO CORREGIDO en esta escritura antes de ser firmada respecto el nombre e identificación de cada uno de los contratantes, a la identificación, cabida, dimensiones, linderos y forma de adquisición del inmueble objeto del

USO EXCLUSIVO DE LA NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES
CALDAS

Powered by CamScanner

presente acto, da lugar a una escritura aclaratoria que conlleva nuevos gastos para los contratantes, conforme lo manda el artículo 102 del decreto – Ley 960 de 1970, de todo lo cual se dan por entendidos y firman en constancia. **La entidad vendedora radico los documentos exigidos por el Art. 057 de la Ley 09 de 1.989, Art. 120 de la Ley 388 de 1.997 y el Decreto Ley 078 de Enero 15 de 1.987 para adelantar la actividad de enajenación de inmuebles destinados a vivienda y que hacen parte del proyecto URBANIZACION LA CUMBRE, localizada en el área urbana del Municipio de Manizales en las calles 58A y 58C entre carreras 7A y 8, constante de once (11) unidades, y los cuales quedan identificados bajo el Nro. 2003-07-31-043 del 31 de Julio de 2.003 fotocopia de la cual se protocoliza con la presente escritura para los fines legales.** Se protocoliza con la presente escritura LICENCIA DE URBANISMO, expedida por LA PRIMERA CURADURIA URBANA DE MANIZALES, según resolución numero 0270-1-2002, de fecha 03 de Diciembre de 2.002. LA VIVIENDA OBJETO DE LA COMPRAVENTA AQUÍ CONTENIDA TIENE ESTRATO III DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCIÓN NÚMERO 0280-1-2002 MEDIANTE LA CUAL SE EXPIDE UNA LICENCIA DE CONSTRUCCION POR LA PRIMERA CURADURÍA URBANA DE MANIZALES DE FECHA 11 DE DICIEMBRE DE 2002, LA CUAL SE PROTOCOLIZA CON LA PRESENTE ESCRITURA. **SE PROTOCOLIZA CARTA DE CRÉDITO POR VALOR DE CATORCE MILLONES DE PESOS ($14.000.000.00) MONEDA CORRIENTE** PARA EFECTO DE LIQUIDAR LOS DERECHOS NOTARIALES Y DE REGISTRO. CONFORME A LA RESOLUCIÓN 4105 DE DICIEMBRE 17 DE 2.002. Se anexa para su protocolización con la presente escritura factura de impuesto predial, del inmueble identificado con la ficha catastral global número 1-01-0336-0002-000 - Avalúo $ 4.783.000 - -- - - -- - válido por el periodo JULIO-AGOSTO DE 2003 Se anexa certificado del Instituto de valorización de Manizales, donde se hace constar que dicho inmueble se encuentra a Paz y Salvo por concepto de contribuciones y valorizaciones municipales, valido hasta el 26 DE SEPTIEMBRE - - DE 2003. No causa impuesto de retención en la fuente por vender una sociedad. - Así se firma en los sellos de seguridad Notarial números AA 8175574-8175575-8175576-8175577-8175578-8175579-8175580-8175581-8175582 -

Powered by CamScanner

AA 8175582 127

DERECHOS: $ 79.590 - - - RECAUDOS $ 5.280

Resolución número 4105 de Diciembre 17 del año 2.002, de la Superintendencia de Notariado y Registro. -RECEPCIONO _____ ELABORO

LILIANA FIRMAS _____ - - - - - - - - - - - pac

USO EXCLUSIVO DE LA NOTARIA SEGUNDA DE MANIZALES

GONZALO MAZUERA VALENCIA

C.C. 10.223.693 de Lla

DIRECCIÓN –TELEFONO cl 21 # 21-45 of 17-01
tel 8843233

JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO

C.C. 75.075.796 Manizales

DIRECCION – TELEFONO Carrera 8 N° 58B 19
8769503

CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ

C.C. 30327.091 M/L

DIRECCION - TELEFONO Cra 8 N° 58B-19
8769503

ESTE PAPEL NO TIENE COSTO ALGUNO PARA EL USUARIO

Powered by CamScanner

JUAN CARLOS ZULUAGA MAESE

C.C. 10'246.561

DIRECCIÓN – TELEFONO

EDWAR DIAZ ZAPATA

NOTARIO SEGUNDO MANIZALES

ENCARGADO

NOTARIA SEGUNDA
EDWAR DIAZ ZAPATA
NOTARIO
ENCARGADO
MANIZALES CALDAS

Powered by CamScanner

CredibanCo

MUNICIPIO DE MANIZALES
CL 19 21 44 TRR A
16:01:16 25/01/2024

TRANSACCION APROBADA
VENTA

CUO: 010229895
TERM: 000A9L21
CAJA: 01
OPE: 20
TRX:
AFILIA CZC: ZHKCHCI**
AUT: 600116
MASTERCARD
DEBITO **4212
SEC: 980ZE800
INT: 950500000040000
TVR: 8047I
AID: A0000000041010
Criptograma: C0E01A74EC7736F

RECIBO:004669 COPIA
COMPRA NETA : $985.824
TOTAL (COP) : $985.824

ALARCON/JUAN

MUNICIPIO DE MANIZALES
NIT. 890.801.053-7
Impuesto Predial Unificado

DOCUMENTO DE COBRO
No. 1303013728

Fecha de emisión: 2024-01-24
Fecha límite de pago: 2024-02-29

...STRATIVO
...bla
...ov.co

...0, Ley 1995/2019 y Acuerdos 1083 y 1108 de 2021, 1133 de 2022 y 1150 de 2023 y demás normas concordantes.

...0016000000000	
...S ALARCON JARAMILLO	
...L	

No. Ficha	1983347
Identificación	75075796
Estrato	Estrato II

Matrícula	100-158968
No. propietarios	2
Ubicación	Urbano
Zona	853
Código postal	

	Tarifa	Predial	Sobretasa	Intereses	Descuento	Otros	Total año	Total bimestre
...000	0.0050	$ 657,290	$ 0	$ 0	$ 65,730	$ 0	$ 591,560	$ 109,548
TOTALES		$ 657,290	$ 0	$ 0	$ 65,730	$ 0	$ 591,560	$ 109,548

TESORERIA MUNICIPAL
25 ENE. 2024
CANCELADO

Pagos en entidades

Susuerte — Pago en efectivo y con tarjeta

Corresponsales bancarios · Banco Agrario de Colombia · BBVA · Bancolombia · COLPATRIA · Banco de Occidente · Banco Caja Social · Banco de Bogotá · Banco AV Villas · DAVIVIENDA · BANCO GNB SUDAMERIS

Pagos en línea

A través del **portal tributario**
impuestos.manizales.gov.co/

Líneas de atención: 8879700

Telecentros: impresión de facturas

Si al momento de ser realizada la siguiente liquidación usted ya realizó el pago, haga caso omiso de esta.

Normatividad

Pague Aquí

CARLOS JULIO OROZCO PARRA
Unidad de Rentas Municipales
Firma mecánica autorizada mediante resolución No. 016 del 16 de julio de 2021

USO OFICIAL - ALCALDÍA DE MANIZALES

MUNICIPIO MANIZALES

(415)7707228098279(8020)000013030137 28(3900)0000109548(96)20240229

VALOR BIMESTRAL $ 109,548

Z XIMENA ALVAREZ BERRIO

Powered by CamScanner

Bancolombia
NIT 890.903.938-8

Registro de Operación: 575559107
ABONO CARTERA HIPOTECARIO INDIVIDUAL
Sucursal: 573 - SANCANCIO
Ciudad: MANIZALES
Fecha: 29/01/2024 Hora: 4:16:18
Secuencia : 511 Código usuario: 003
Número de Obligacion: 90000020206
Tipo Abono Cartera: Pago Cuota
Valor Cuota: $ 904,068.72 ***
Saldo Total: $ 64,046,509.65 ***
Tipo Pago: 1
Modalidad Pago: N Numero de producto: 1
Valor del Titulo: $ 0.00 ***
Valor: $ 904,100.00 ***
Valor Efectivo: $ 904,100.00 ***
Valor Cheque: $ 0.00 ***
Tipo y Cuenta a Debitar:
Valor a Debitar: $ 0.00 ***
Valor Cuenta: $ 0.00 ***
Msj pago: No aplica
LA INFORMACION CONTENIDA EN EL PRESENTE DOCUMENTO CORRESPONDE A LA OPERACIÓN ORDENADA AL BANCO

Bancolombia
NIT 890.903.938-8

Registro de Operación: 852805343
ABONO CARTERA HIPOTECARIO INDIVIDUAL
Sucursal: 573 - SANCANCIO
Ciudad: MANIZALES
Fecha: 26/12/2023 Hora: 12:06:44
Secuencia : 145 Código usuario: 006
Número de Obligacion: 90000020206
Tipo Abono Cartera: Pago Cuota
Valor Cuota: $ 904,041.98 ***
Saldo Total: $ 64,350,034.69 ***
Tipo Pago: 1
Modalidad Pago: N Numero de producto: 1
Valor del Titulo: $ 0.00 ***
Valor: $ 904,100.00 ***
Valor Efectivo: $ 904,100.00 ***
Valor Cheque: $ 0.00 ***
Tipo y Cuenta a Debitar:
Valor a Debitar: $ 0.00 ***
Valor Cuenta: $ 0.00 ***
Msj pago: No aplica
LA INFORMACION CONTENIDA EN EL PRESENTE DOCUMENTO CORRESPONDE A LA OPERACIÓN ORDENADA AL BANCO

Banco Finandina

ESTADO DE CUENTA

NIT.860.051.894-6

JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO
juankalarcon127@gmail.com
Manizales (Cal
36870

DESCRIPCIÓN	DETALLE PAGO ANTERIOR
Capital	
Interés Corriente	133.924
Seguro de Vida	195.022
Seguro de Vehiculo	19.054
Seguro de Protección Financiera	0
Seguro Doble Vida	0
Soat	0
Impuesto de Timbre	0
Comisión por Recaudo	0
Aval FNG/FAG	0
Otros	0
Intereses de Mora	0
Total Pagado	0
Nuevo Saldo Capital	348.000
Cuotas Pagadas	11.531.899
Cuotas Pactadas	27
	60

¹El saldo a capital NO corresponde al saldo para cancelación total.
Si requieres este dato comunícate con nuestras líneas de servicio al cliente.

Bancolombia
NIT. 890.903.938-8

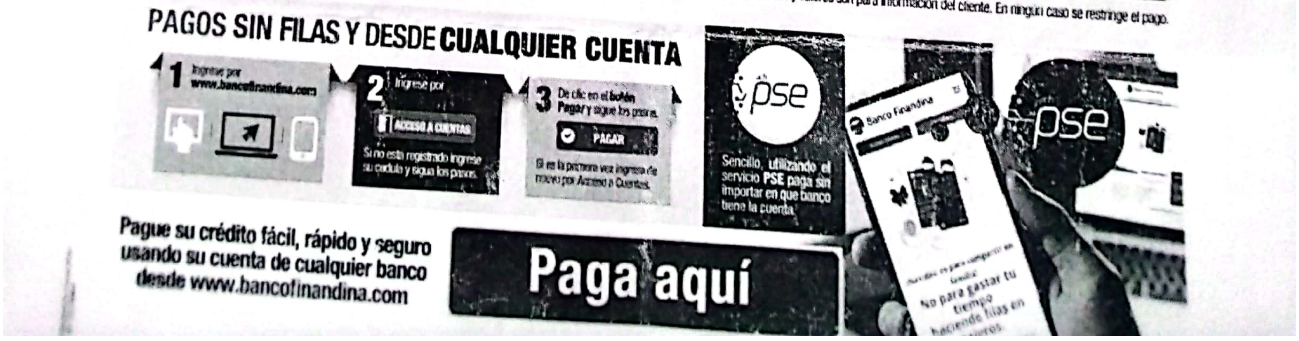
RECAUDOS CONVENIOS MASIVOS
Sucursal: 573 - SANCANCIO
Ciudad: MANIZALES
Fecha: 26/12/2023 Hora: 12:03:5
Secuencia : 138 Código usu
Código Convenio: 572
Nombre Convenio: FINANDINA S.A RECAUDO CUOTAS
Identificación Pagador: 75075796
Valor Total: $ 350,000.00 ***
Medio de Pago: EFECT
Valor Efectivo: $ 350,000.00 ***
Valor Cheque: $ 0.00 ***
Costo Transacción: $ 0.00 ***
Referencia 1: 1330075475
Referencia 2:
LA INFORMACION CONTENIDA EN EL PRESENTE DOCUMENTO CORRESPONDE A LA OPERACIÓN ORDENADA AL BANCO

Da clic y contáctanos

NÚMERO DE REFERENCIA PARA PAGOS **1330075475**

DESCRIPCIÓN	DETALLE DEL PAGO A REALIZAR
Capital	
Interés Corriente	136.017
Saldo Vencido	192.929
Seguro de Vida	0
Seguro de Vehiculo	20.303
Seguro de Protección Financiera	
Seguro Doble Vida	0
Impuesto de Timbre	0
Soat	0
Impuestos	0
Comparendos	0
Comisión por Recaudo	0
Aval FNG/FAG	0
Otros	0
Fecha de Corte	0
Fecha Límite de Pago	19/12/23
Valor a Pagar	01/01/24
	349.249

SR. CAJERO: Estas fechas y valores son para información del cliente. En ningún caso se restringe el pago.



Powered by CamScanner

Banco Finandina

ESTADO DE CUENTA

NIT 860.051.894-6

JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO

Manizales (Cal.)

Da clic y contáctanos

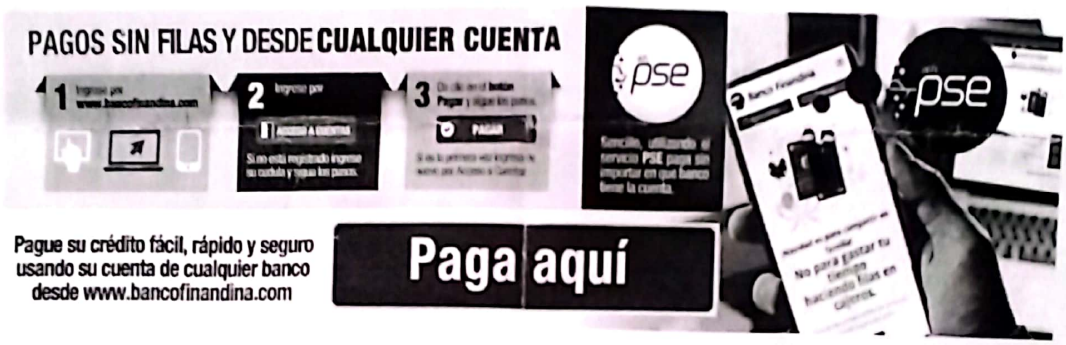
NÚMERO DE REFERENCIA PARA PAGOS **1330075475**

DESCRIPCIÓN	DETALLE PAGO ANTERIOR
Capital	136.017
Interés Corriente	192.929
Seguro de Vida	21.054
Seguro de Vehículo	0
Seguro de Protección Financiera	0
Seguro Doble Vida	0
Soat	0
Impuesto de Timbre	0
Comisión por Recaudo	0
Aval FNG/FAG	0
Otros	0
Intereses de Mora	0
Total Pagado	350.000
Nuevo Saldo Capital	11.395.881
Cuotas Pagadas	28
Cuotas Pactadas	60

DESCRIPCIÓN	DETALLE DEL PAGO A REALIZAR
Capital	138.637
Interés Corriente	190.309
Saldo Vencido	0
Seguro de Vida	19.670
Seguro de Vehículo	0
Seguro de Protección Financiera	0
Seguro Doble Vida	0
Impuesto de Timbre	0
Soat	0
Impuestos	0
Comparendos	0
Comisión por Recaudo	0
Aval FNG/FAG	0
Otros	0
Fecha de Corte	16/01/24
Fecha Límite de Pago	01/02/24
Valor a Pagar	**348.566**

*El saldo a capital NO corresponde al saldo para cancelación total.
Si requieres este dato comunicate con nuestras líneas de servicio al cliente.

SR. CAJERO: Estas fechas y valores son para información del cliente. En ningún caso se restringe el pago.



VIGILADO

Cuida al día

Apreciado Cliente:
Queremos felicitarlo por su buen pago, recuerde que ésta es su mejor carta de presentación y su mejor referencia.

PAGUE EN CUALQUIER SUCURSAL DEL BANCO DAVIVIENDA O AV VILLAS DEL PAÍS

Gobierno de CALDAS — PRIMERO LA GENTE

DECLARACION Y PAGO
IMPUESTOS DE VEHICULOS

6726883

PERIODO GRAVABLE	FRACCION AÑO	DATOS DE DECLARACION QUE SE CORRIGE	
2024	N° MESES 12	DECLARACION N°	FECHA

NIT/CC/CE	DECLARANTE	TELEFONO
75075796	JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO	8754184
DIRECCION	**MUNICIPIO**	**DEPARTAMENTO**
CR 8 58 B 19	17001 - MANIZALES	CALDAS

PLACA	MARCA
KNO343	SUZUKI
MODELO	CLASE
2022	AUTOMOVIL
CILINDRAJE	LINEA
1197	SWIFT DZIRE MT
CARROCERIA	BLINDADO
SEDAN	SI [ ] NO [X]
CAPACIDAD	
N° TONELADAS 0	N° PASAJEROS 5

GRUPO	TARIFA
BO90	1.50
1. AVALUO DEL VEHICULO	$ 44.430.000
2. IMPUESTO	$ 666.000
3. MAS SANCIONES	$ 0
4. MENOS DESCUENTO	$ 67.000
5. TOTAL A CARGO	$ 599.000
6. INTERESES DE MORA	$ 0
7. TOTAL A PAGAR	$ 599.000
8. PAGOS ANTERIORES	$ 0
9. SALDOS A PAGAR	$ 599.000
10. SALDO A FAVOR	$ 0

DAVIVIENDA CAJERO No. 3 — 25 ENE. 2024 — PROCESADO

POLIZA N°	FECHA DE VENCIMIENTO
COMPAÑIA QUE EXPIDE EL SOAT	

EFECTIVO	CHEQUE	TARJETA			CHEQUE	
Valor	Valor	Código Banco	Tarjeta Número	Valor	Código Banco	Cheque Número

CONTRIBUYENTE

Powered by CamScanner

SUZUKI

DG ANDINA AUTOMOTRIZ SAS
NIT:900645824-5
Av Alberto Mendoza Hoyos 26 35
MANIZALES
Teléfono: 8744570
www.derco.com.co-posventa@dgandina.com

ANDINA AUTOMOTRIZ

Responsable de IVA Regimen Común Reportamos a centrales de riesgo
Autorización DIAN nº 18764005407381 de 08/10/2020º numeradas de VT 14502 al VT 18502. Factura electronica

Representación Gráfica De Factura Electrónica De Venta

JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO
CR 8 58B 19
MANIZALES - COLOMBIA
Cedula de Ciudadania: 75075796-9
CUENTA CLIENTE: 161618

Celular: 3113237133
Email: juankalarcon127@gmail.com
Contacto :
Teléfono:

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.	FECHA GENERACIÓN	FECHA VENCIMIENTO	NUMERO DE REGISTRO	TIPO DE DOCUMENTO	PAGINACIÓN
VT16089	06/09/2021 13:12:20	06/09/2021	22957101	FACTURA TALLER	1 de 1

F. MATRICULA	KM	PLACA	MARCA	MODELO DESC	TIPO	VIN/CHASIS	No. MOTOR	No. FACTURACION	MODELO
	6		SUZUKI	NEW SWIFT DZIRE MT GL MC	INTERNA (CESION)	MA3ZF63S2NA779826	K12MN7617676		2022NDZIRE MTGLMC

CODIGO	DESCRIPCION	UNID	U/M	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	DTO	IMPUESTO %	IMPUESTO VALOR	VALOR
	INTERVENCION 1: INSTALACION PELICULA AL 20% CON POLARIZADO TRASERO								
V22360	1. INSTALACION PELICULA AL 20% CON POLARIZADO TRASERO	1	HUR	155.000,00	155.000,00		IVA 19,00	29.450,00	155.000
	SUBTOTAL MANO OBRA								155.000,00
	TOTAL INTERVENCIÓN 1								**155.000,00**
	INTERVENCION 2: INSTALACION CAMARA DE REVERSA								
V22360	2. INSTALACION CAMARA DE REVERSA	1	HUR	45.000,00	45.000,00		IVA 19,00	8.550,00	45.000
	SUBTOTAL MANO OBRA								45.000,00
5/9901000251	3. CAMARA DE REVERSA	1	94	77.143,00	67.886,00	12	IVA 19,00	12.898,00	77.143
	SUBTOTAL MATERIALES								67.886,00
	TOTAL INTERVENCIÓN 2								**112.886,00**
	INTERVENCION 3: KIT CARRETERA								
5/9901000063	4. KIT CARRETERA DERCO	1	94	77.143,00	75.600,00	2	IVA 19,00	14.364,00	77.143
	SUBTOTAL MATERIALES								75.600,00
	TOTAL INTERVENCIÓN 3								**75.600,00**
	INTERVENCION 4: TAPETES								
5/7590152R10000	5. TAPETE CAUCHO MATTED SWIFT A2L	1	94	178.500,00	157.080,00	12	IVA 19,00	29.845,00	178.500
	SUBTOTAL MATERIALES								157.080,00
	TOTAL INTERVENCIÓN 4								**157.080,00**

Fecha/Hora entrega: 2021-09-06 13:12:20
Atendido por: Marcela Ramirez
Forma de pago: COBRADOR
Estado del pago: Pagado
Condiciones del pago: Efectivo
Total Nro Lineas: 5
Tipo de operación: Estándar-10

OBSERVACIONES:
JORGE HURTADO
QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS

%IVA	BASE	IMPUESTO
19,00	500.566,00	95.108,00

SUBTOTAL	500.566,00
DESCUENTO	
IVA 19,00%	95.108,00
TOTAL FACTURA COP	595.674,00

CUFE : 4cd0c0587cc71e76be20cbdc40fb3e7268ac731a0fdb1e1d1da589e98a5c97b21b26677567d8a37c4a65e6f13c10b573
Fecha Validación DIAN: 2021-09-06 13:15:33-05:00
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S - Nombre del SW: CEN Financiero - Nit: 890.321.151-0
Procesado: 06/09/2021 13:12:20

Powered by CamScanner

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS CONFA

DIRECCIÓN: Carrera 25 Calle 50 Esquina Manizales - Colombia
AUTORIZACIÓN:
FECHA GENERADA:
HORA GENERADA:
ADMISIÓN:

TELEFONO:

Orden de Compra de Servicios

BENEFICIARIO
No. HIST. CLINICA: CC
NOMBRE: ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS
AFIL PAC:
PLAN: SOLAPI SURA IPS BASICA CAPITA ESP

T. ATENCION: Atencion Ambulatoria
CONV: SURA IPS BASICA
EMPL: OTRAS EMPRESAS

SEXO: M EDAD: 49 Años MED:
FECHA AFIL:
ESC: A

Dx
ITEM - Codigos (ISS, SOAT, CUPS) -> Descripción

CANT	COP. MOD.	VLR. EXC	CONVENIO	PRESTADOR
1	4,500.00	0.00	8,800.00	

1 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

INFORMACION DEL SOLICITANTE
NOMBRE: MARIA FERNANDA OROZCO CELADA
IDENTIF: 1096041366
R.M.
FIRMA

INFORMACION DEL PRESTADOR
IDENTIF: 10271784
NOMBRE: CORDOBA QUINTERO CARLOS ALBERTO
DIRECCION: CONFA
TELEFONO:

CAJERO
IDENTIFICACION: MARIA FERNANDA OROZCO CELADA

	AFILIADO	CONVENIO	PRESTADOR
SUBTOTAL:	4,500.00	8,800.00	0.00
IVA:	0.00	0.00	0.00
PRESTAMO:			
TOTAL PRESTACION:		8,800.00	0.00
TOTAL BENEFICIARIO:	4,500.00		

Cancelar su cita de Fomento de la Salud, Medicina General y Especializada con 1 hora de anticipación, otros tipos de cita con 4 horas, al telefono 8783430 opción 1.Articulo 10 resolucion 5261/1994

FIRMA Y SELLO CAJERO
FIRMA USUARIO

NOTA: Esta orden de compra de servicios tiene validez hasta 11 MAR 2024 (Una vez cumplido este plazo no hay responsabilidad de la entidad)

Powered by CamScanner

MUNICIPIO DE MANIZALES
NIT. 890.801.053-7

IMPUESTO PREDIAL UNIFICADO

No. 206304604

PAGUE EN BANCOS O CORPORACIONES

CATASTRAL
10100000373001600000000

FICHA ANTERIOR
10103730016000

NOMBRE DEL PROPIETARIO
CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ

NIT o C.C.
30327071

Nro. PROPIETARIOS
2

DIRECCIÓN DE PREDIO
K 8 58B 19

ÚLTIMA RESOLUCIÓN

PERÍODO FACTURADO
2 2021

DIRECCIÓN DE ENTREGA
K 8 58B 19

AVALUO	% o I.P.U.	DEST. ECONÓMICA	ESTRATO
77.345.000,00	5,00	008	2

I.P.U	RECARGO I.P.U.	SALDO ANTERIOR	VALOR DESCUENTO
322.250,00	0,00	90.233,00	-46.000,00

CORPOCALDAS	RECARGO CORPOCALDAS	TOTAL PERIODO	VALOR OTRO DESCUENTO
128.917,00	0,00	451.167,00	

NOTAS PENDIENTES	FEC. VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR
0,00	30/04/2021	495.400,00

NUEVA DIRECCIÓN: EDIFICIO LEONIDAS LONDOÑO (primer piso).
Pago con tarjeta de crédito en Tesorería Municipal
Líneas atención Contribuyente 8720722 ext: 120, 133

IMPRIMIÓ :CLAUDIA MARYORI ORTEGON BUCURU

IMPRESO POR MEN ARO LONDOÑO E HIJOS S.A.S. - NIT 890.801.053-7

IMPUESTO PREDIAL UNIFICADO

CONCEPTO	ANUAL_
TOTAL A PAGAR	495.400,(
DESCUENTO	-46.000,(
OTRO_DESCUENTOS	
DESCUENTO CAPITAL	0,0
DESCUENTO INTERES	0,0

FAVOR NO SOBRESCRIBIR EL CÓDIGO DE BARRAS

Powered by CamScanner

MUNICIPIO DE MANIZALES
NIT. 890.801.053-7
CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL CAM
CALLE 19 No. 21-44 Manizales, Colombia
www.manizales.gov.co

DOCUMENTO DE COBRO
No. 1301752151

Fecha de emisión: 2023-02-27
Fecha límite de pago: 2023-02-28

IMPUESTO PREDIAL UNIFICADO

90 y Acuerdos 1083, 1105, 1108 de 2021 y demás normas concordantes

	No. Ficha	1983453	Matrícula	100-183400
AMILLO	Identificación	75075796	No. propietarios	2
	Estrato	Estrato III	Ubicación	Urbano
			Código postal	
0A 37 CASA 10			Zona	853

			Predial	Sobretasa	Intereses	Descuento	Otros	Total año	Total bimestre
	$ 76.212,000	0.0055	$ 419,166	$ 0	$ 0	$ 62,880	$ 0	$ 356,286	$ 69,861

TESORERÍA MUNICIPAL
27 FEB. 2023
CANCELADO

TOTALES	$ 419,166	$ 0	$ 0	$ 62,880	$ 0	$ 356,286	$ 69,861

Pagos en bancos:

tualice sus datos, correo electrónico o dirección de entrega a través del
ail rentas@manizales.gov.co

as de atención: 8879700 ext. 71355 - 71356 - 71526

momento de ser realizada la siguiente liquidación usted ya realizó
go, haga caso omiso de esta.

Normatividad

Pague Aquí

CARLOS JULIO OROZCO PARRA
Líder de Proyecto
Unidad de Rentas Municipales
Firma mecánica autorizada mediante resolución No. 016 del 16 de julio de 2021

MÁS OBRAS, MÁS ACCIONES, MÁS INVERSIÓN #TusImpuestosTrabajando

MUNICIPIO MANIZALES

(415)7707228098279(8020)000013017521 51(3900)0000069861(96)20230228

Valor bimestral **$ 69,861**

izales.gov.co/preguntasyrespuestashacienda
LLIAM ROBLEDO ESCOBAR

Powered by CamScanner

MUNICIPIO DE MANIZALES
NIT. 890.801.053-7
CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL CAM
CALLE 19 No. 21-44 Manizales, Colombia
www.manizales.gov.co

DOCUMENTO DE COBRO No. 1301572740

Fecha de emisión: 2023-02-06
Fecha límite de pago: 2023-02-28
Bimestre: Enero - Febrero

IMPUESTO PREDIAL UNIFICADO
Ley 14/83, Ley 44/90, Ley 1995/19 y Acuerdos 1083/21, 1108/21, 1126/22 y 1133/22

No. Predial	0101000003730016000000000	No. Ficha	1983347	Matrícula	100-158968
Propietario	CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ	Identificación	30327071	No. propietarios	2
Dest.económica	HABITACIONAL	Estrato	Estrato II	Ubicación	Urbano
Dir. predio	K 8 58B 19			Código postal	
Dir. entrega	K 8 58B 19			Zona	853

Vigencia	Avalúo	Base	Tarifa	Predial	Sobretasa	Intereses	Descuento	Benef. tributario	Total año	Total bimestre
2023	$ 125,785,000	$ 125,785,000	0.0050	$ 628,925	$0	$ 0	$ 94,320	$ 0	$ 534,605	$ 104,821
TOTALES				$ 628,925	$ 0	$ 0	$ 94,320	$ 0	$ 534,605	$ 104,821

TESORERÍA MUNICIPAL
27 FEB. 2023
CANCELADO

Puntos de pago:

de Occidente, Bancolombia y corresponsales bancarios, puntos de usuerte, Davivienda, Caja Social, AV Villas, BBVA, Sudameris, de Bogotá, Colpatria, Agrario, Tesorería Municipal, Oficinas Móviles tros Comerciales (Pagos tarjeta Débito y Crédito)

e sus datos, correo electrónico o dirección de entrega a través del ntas@manizales.gov.co

e atención: +57 606 8928000

ıento de ser realizada la siguiente liquidación usted ya realizó aga caso omiso de esta.

Hacienda Amigable

Normatividad

Pague Aquí

CARLOS JULIO OROZCO PARRA
Líder de Proyecto
Firma mecánica autorizada mediante resolución No. 016 del 16 de julio de 2021

MÁS OBRAS, MÁS ACCIONES, MÁS INVERSIÓN #TusImpuestosTrabajando

MUNICIPIO MANIZALES

(415)7707228098279(8020)000001301572740(3900)0000104821(96)20230228

Valor bimestral $ 104,821
96884

Powered by CamScanner

PAGUE EN CUALQUIER SUCURSAL DEL BANCO DAVIVIENDA DEL PAIS

Gobierno de CALDAS — PRIMERO LA GENTE

DECLARACION Y PAGO
IMPUESTOS DE VEHICULOS

4659172

PERIODO GRAVABLE	FRACCION AÑO	DATOS DE DECLARACION QUE SE CORRIGE	
2021	N° MESES 12	DECLARACION N°	FECHA

CEDULA-NIT	DECLARANTE	TELEFONO
75075796	JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO	8754184

DIRECCION	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
KR 8 # 58 B - 19 IAL	17001 - MANIZALES	CALDAS

PLACA	MARCA	GRUPO	TARIFA
KII793	CHEVROLET	BE35	1.50

MODELO	CLASE		
2011	AUTOMOVIL	1. AVALUO DEL VEHICULO	$ 8,050,000
		2. IMPUESTO	$ 121,000
CILINDRAJE	LINEA	3. MAS SANCIONES	$ 0
1000	SPARK LOCAL S/A	4. MENOS DESCUENTO	$ 12,000
		5. TOTAL A CARGO	$ 109,000
CARROCERIA	BLINDADO	6. INTERESES DE MORA	$ 0
SEDAN	SI NO X	7. TOTAL A PAGAR	$ 109,000
		8. PAGOS ANTERIORES	$ 0
CAPACIDAD		9. SALDOS A PAGAR	$ 109,000
N° TONELADAS 0	N° PASAJEROS 0	10. SALDO A FAVOR	$ 0

COMPAÑIA QUE EXPIDE EL SOAT | POLIZA | FECHA VENCIMIENTO

EFECTIVO	TARJETA				
Valor	Codigo Banco	Tarjeta Numero	Valor	Codigo Banco	Cheque Numero

DAVIVIENDA CAJERO NO. 3 H.N. 51 04 FEB. 2021 0003 PROCESADO

PAGUE EN CUALQUIER SUCURSAL DEL BANCO DAVIVIENDA O AV VILLAS DEL PAÍS

Gobierno de CALDAS — PRIMERO LA GENTE

DECLARACION Y PAGO
IMPUESTOS DE VEHICULOS

6463060

PERIODO GRAVABLE	FRACCION AÑO	DATOS DE DECLARACION QUE SE CORRIGE	
2023	N° MESES 12	DECLARACION N°	FECHA

CEDULA-NIT	DECLARANTE	TELEFONO
75075796	JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO	8754184

DIRECCION	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CARRERA 8 NUMERO 58 B 19	17001 - MANIZALES	CALDAS

PLACA	MARCA	GRUPO	TARIFA
KNO343	SUZUKI	BU21	1.50

MODELO	CLASE		
2022	AUTOMOVIL	1. AVALUO DEL VEHICULO	$ 42,310,000
		2. IMPUESTO	$ 635,000
CILINDRAJE	LINEA	3. MAS SANCIONES	$ 0
1197	SWIFT DZIRE MT	4. MENOS DESCUENTO	$ 64,000
		5. TOTAL A CARGO	$ 571,000
CARROCERIA	BLINDADO	6. INTERESES DE MORA	$ 0
SEDAN	SI NO X	7. TOTAL A PAGAR	$ 571,000
		8. PAGOS ANTERIORES	$ 0
CAPACIDAD		9. SALDOS A PAGAR	$ 571,000
N° TONELADAS 0	N° PASAJEROS 5	10. SALDO A FAVOR	$ 0

COMPAÑIA QUE EXPIDE EL SOAT | POLIZA | FECHA VENCIMIENTO

EFECTIVO	TARJETA				
Valor	Codigo Banco	Tarjeta Numero	Valor	Codigo Banco	Cheque Numero

51 03 MAR. 2023 0003 PROCESADO

Powered by CamScanner

DIAN

Declaración Anual de Impuesto Mínimo Alternativo Simple (IMAS) para Empleados

PRIVADA

230

1. Año: 2016

4. Número de formulario: 2303605156002

Espacio reservado para la DIAN

(415)7707212489984(8020) 000230360515600 2

Datos del declarante

5. No. Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12. Cód. Dirección seccional
75075796	9	ALARCON	JARAMILLO	JUAN	CARLOS	10

24. Actividad económica: 0010 | Si es una corrección indique: | 25. Cód. | 26. No. Formulario anterior

Patrimonio	Total patrimonio bruto	27	77,418,000
	Deudas	28	4,419,000
	Total patrimonio líquido	29	72,999,000
Determinación renta gravable alternativa (RGA) - IMAS	Ingresos brutos del empleado	30	52,643,000
	Otros ingresos	31	0
	Ingresos excluidos de la base (RGA) del IMAS	32	0
	Total ingresos	33	52,643,000
	Dividendos y participaciones no gravados	34	0
	Indemnizaciones en dinero o en especie por seguro de daño	35	0
	Aportes obligatorios al sistema general de seguridad social a cargo del empleado	36	3,840,000
	Gastos de representación exentos	37	0
	Pagos catastróficos en salud efectivamente certificados no cubiertos por el POS	38	0
	Pérdidas por desastres o calamidades públicas	39	0
	Aportes obligatorios a seguridad social de un empleado del servicio doméstico	40	0
	Costo fiscal de los bienes enajenados	41	0
	Indemnizaciones por seguro de vida, por accidente de trabajo o enfermedad	42	0
	Licencia de maternidad y gastos funerarios	43	0
	Exceso del salario básico de oficiales y suboficiales de las FF.MM y la Policía Nacional	44	0
	Seguro por muerte y compensación por muerte de las FF.MM y la Policía Nacional	45	0
	Retiros fondos de pensión de jubilación o invalidez; fondos de cesantías y cuentas AFC	46	0
	Renta gravable alternativa - RGA	47	48,803,000
Ganancias ocasionales	Ingresos por ganancias ocasionales	48	0
	Costos por ganancias ocasionales	49	0
	Ganancias ocasionales exentas y no gravadas	50	0
	Ganancia ocasionales gravables	51	0
Liquidación privada	**Impuesto sobre la renta mínimo alternativo simple - IMAS**	52	34,000
	Descuentos tributarios	53	0
	Impuesto neto de renta	54	34,000
	Impuesto de ganancias ocasionales	55	0
	Total impuesto a cargo	56	34,000
	Anticipo renta por el año gravable anterior	57	0
	Saldo a favor año gravable anterior sin solicitud de devolución o compensación	58	0
	Total retenciones año gravable 2016	59	0
	Anticipo renta por el año gravable siguiente	60	0
	Saldo a pagar por impuesto	61	34,000
	Sanciones	62	0
	Total saldo a pagar	63	34,000
	o Total saldo a favor	64	0

(415)7707212489984(8020)278297000000750757964100(3900)00000000000000(96)20170811

No. Identificación signatario | 66. DV

Cód. Representación

del declarante o de quien la representa

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

BANCOLOMBIA
MANIZALES - EL CABLE
2017 AGO. 11
RECIBIDO SIN PAGO

980. Pago total $ 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN / Adhesivo

20174044812547

Powered by CamScanner

DIAN | Recibo Oficial de Pago Impuestos Nacionales | PRIVADA | 490

1 Año: 2016 | 2 Concepto: 41 | 3 Período: 1

Espacio reservado para la DIAN

4 Número de formulario: 4910142671181

(415)7707212489984(8020)000491014267118 1

Datos del obligado

5 Número de Identificación Tributaria: 75075796 | 6 DV: 9 | 7 Primer apellido: ALARCON | 8 Segundo apellido: JARAMILLO | 9 Primer nombre: JUAN | 10 Otros nombres: CARLOS

11 Razón social

12 Cód. Dirección seccional: 10

24 Si es gran contribuyente, marque

25 No. Título judicial

26 Fecha de depósito: Año / Mes / Día

27. Cuota No: 1 | 28 De: 1

29 No. de formulario: 2303605156002

30 No. Acto oficial

31 Fecha del acto oficial

32 Fecha para el pago de este recibo: USO OFICIAL 20170811

33 Cód Título (Uso del banco)

Pagos

Valor pago sanción	34	0
Valor pago Intereses de mora	35	0
Valor pago Impuesto	36	34,000

Servicios Informáticos Electrónicos - Más formas de servirle !

(415)7707212489984(8020)121363000000750757964100(3900)000000003400 0(96)20170811

Deudor solidario o subsidiario

37 Tipo de | 38 Número de Identificación Tributaria (NIT) | 39 DV | Apellidos y nombre del deudor solidario o subsidiario | 40 Primer apellido | 41 Segundo apellido | 42 Primer nombre | 43 Otros nombres

44 Razón social

45 Dirección | 46 Teléfono | 47 Cód Dpto. | 48 Cód. Ciudad/ Municipio

988 Código deudor

Firma deudor solidario o subsidiario

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad
(Fecha efectiva de la transacción)

BANCOLOMBIA
MANIZALES - EL CABLE
2017 AGO. 11
OF. 860
RECIBIDO CON PAGO

Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este

980. Pago total $: 34,000

996. Espacio para el adhesivo de la entidad recaudadora (Número del

2017374242316 8

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Iliquidas de Causantes Residentes

Privada

210

1. Año: 2017

4. Número de formulario

Colombia

un compromiso que no podemos evadir

Lea cuidadosamente las instrucciones

Clase de Declarante	5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12. Cód. Dirección Seccional
	7507579699		ALARCON	JARAMILLO	JUAN	CARLOS	

24. Actividad económica: 0090 — Si es una corrección indique: — 25. Cód. — 26. No. Formulario anterior — 27. Fracción año gravable 2017 (Marque "X") — 28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque "X")

Patrimonio

Patrimonio bruto	29	93.423.000
Deudas	30	18.843.000
Total patrimonio liquido (29 - 30)	31	74.580.000

Rentas de Trabajo

Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E T)	32	52.443.000
Ingresos no constitutivos de renta	33	3.721.000
Renta liquida (32 - 33)	34	48.722.000
Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	19.112.000
Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	19.112.000
Renta liquida cedular de trabajo (34 - 36)	37	29.610.000

Rentas de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del pais y del exterior	38	-
Ingresos no constitutivos de renta	39	-
Renta liquida (38 - 39)	40	-
Rentas exentas de pensiones	41	-
Renta liquida cedular de trabajo (40 - 41)	42	-

Rentas de Capital

Ingresos brutos rentas de capital	43	61.000
Ingresos no constitutivos de renta	44	39.000
Costos y gastos procedentes	45	-
Renta liquida (43 - 44 - 45)	46	22.000
Rentas liquidas pasivas de capital - Entidades controladas del exterior	47	-
Rentas exentas y deducciones imputables a rentas de capital	48	-
Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	49	-
Renta liquida ordinaria del ejercicio (43 + 47 - 44 - 45 - 49), Si el resultado es negativo, escriba (0)	50	22.000
Pérdida liquida del ejercicio (44 + 45 + 49 - 43 - 47), si el resultado es negativo escriba cero (0)	51	-
Compensación por pérdias de ejercicios anteriores	52	-
Renta liquida cedular de capital (50 - 52); si 50 es igual a cero (0), 53 es igual a cero (0)	53	22.000

Rentas no laborales

Ingresos brutos rentas no laborales	54	1.200.000
Devoluciones, rebajas y descuentos	55	-
Ingresos no constitutivos de renta	56	-
Costos y gastos procedentes	57	-
Renta liquida (54 - 55 - 56 - 57)	58	1.200.000
Rentas liquidas pasivas no laborales - Entidades contraladas del exterior	59	-
Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	60	-
Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	61	-
Renta liquida ordinaria del ejercicio (54 + 59 - 55 - 56 - 57 -61), si el resultado es negativo, escriba cero (0)	62	1.200.000
Pérdida liquida del ejercicio (55 + 56 + 57 + 61 - 54 - 59), si el resultado es negativo, escriba cero (0)	63	-
Compensaciones	64	-
Rentas liquidas gravables no laborales	65	-
Renta liquida cedular no laboral (62 - 64 + 65); si 62 es igual a cero (0), 66 igual a 65	66	1.200.000

Rentas por dividendos y participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, capitalizaciones, art 36-3 E.T. y distribución de beneficios de las ECE, art 883 E.T.	67	-
Ingresos no constitutivos de renta	68	-
Renta liquida ordinaria año 2016 y anteriores (67 - 68)	69	-
1a Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3o articulo 49 E T	70	-
2a Subcédula año 2017 y siguientes parágrafo 2 artículo 49 del E.T. Renta liquida pasiva dividendos - Entidades controladas del exterior - ECE y/o recibidos del exterior	71	-
Rentas exentas dividendos recibidos de ECE y/o recibidos del exterior, de la casilla 72	72	-
Rentas liquidas gravables de dividendos y participaciones (69 + 70 + 71 + 72 - 73)	73	-
	74	-

Renta

Total rentas liquidas cedulares (sume 37 + 42 + 53 + 66 + 74)	75	30.832.000
Renta presuntiva	76	2.555.000

Ganancia ocasional

Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior	77	-
Costos por ganancias ocasionales	78	-
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	
Ganancias ocasionales gravables (77 - 78 - 79)	80	-

Liquidacion Privada

Impuesto sobre las rentas liquidas cedulares

Impuesto sobre la renta liquida cedular de trabajo y pensiones	81	-
Impuesto sobre la renta liquida cedular de capital no laboral	82	-
Impuesto sobre la renta liquida por dividendos y participaciones año 2016 y anteriores y distribución de beneficios de las ECE	83	-
Impuesto sobre la renta por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a. Subcédula	84	-
Impuesto sobre la renta y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula sobre Rentas liquidas pasivas por dividendos - ECE y sobre dividendos recibidos del exterior	85	-
Total impuesto sobre las rentas liquidas cedulares (sume 81 a 85)	86	-
Impuesto sobre la renta presuntiva	87	-
Total impuesto sobre la renta liquida	88	-

Descuentos

Impuesto pagados en el exterior	89	-
Donaciones	90	-
Otros	91	-
Total descuentos tributarios (sume 86 a 91)	92	-

Impuesto neto de renta (88 - 92)	93	-
Impuesto de ganancias ocasionales	94	-
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	-
Total impuesto a cargo (93 + 94 - 95)	96	-
Anticipo renta liquidado por el año gravable anterior	97	-
Saldo a favor año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98	-
Retenciones año gravable a declarar	99	120.000
Anticipo renta para el año gravable siguiente	100	-
Saldo a pagar por impuesto (96 + 100 - 97 - 98 - 99)	101	-
Sanciones	102	-
Total saldo a pagar (96 + 100 +102 - 97 - 98 - 99)	103	-
Total saldo a favor (97 + 98 + 99 - 96 - 100 - 102)	104	120.000

105. No. Identificación signatario	106. D.V.	107. No. Identificación dependiente	108. Parentesco

981. Cód. Representación

Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

980. Pago total $

996 Espacio para el número interno de la DIAN / Adhesivo

982. Cód. Contador

Firma contador

994. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

Powered by CamScanner

HOJA DE TRABAJO - ANEXO RENTA Y PATRIMONIO
AÑO GRAVABLE 2017
ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS - CC 79.875.736

29	BANCOS, CUENTAS DE AHORRO, INVERSIONES				
	Bancos Davivienda Ptjo Diario No. 05100447001 7994		2.215.195		
	Bancos Cooperativa en Ahorro Programada		2.553.954		
	Banco Agrario Corriente			4.247.819	4.247.819
8	ACCIONES Y APORTES DERIVADOS (ACCIONES ANCHORAS Y LTDA.)				
	Fondo Empleados Maria Agentes Socieles FONMARE		8.978.400	8.978.400	8.978.400
	INVENTARIOS				
	Semovientes Ganado Mayor 2 años HO (330 Kilos) promedio				
	Semovientes Ganado Menor 2 años HO (180 Kilos) Promedio				
	CUENTAS POR COBRAR				
	Saldo a Favor (DIAN 2016				82.156.904
9	ACTIVOS FIJOS				
	BIENES RAICES				
	A) 100% Casa Cra 8 56-19				
	Vr Avaluo Catastral a Diciembre 31 de 2016		68.720.000		
	total avaluo casa (contiene 2 pisos)		68.720.000		
	Vlr Avaluo Fiscal 2017 4,57%		2.756.904	31.818.864	
	B) 100 Camioneta Super montero 2011 Placas KIA 796				
	Vr. Declara do en 2016		15.880.000		-
	Valor Avaluo fiscal 2017 4,57%			15.880.000	
	C) 1/4 Predio la Argelia				
	Vr. Declara do en 2016			-	
	Valor Avaluo fiscal 2017 4,57%				
	D) 1/4 Predio la LAGUNA				
	Vr. Declara do en 2016			-	
	Valor Avaluo fiscal 2017 4,57%				
	E) 1/4 Predio la LAGUNETA				
	Vr. Declara do en 2016			-	
	Valor Avaluo fiscal 2017 4,57%				
					-
32	TOTAL PATRIMONIO BRUTO				83.423.132
33	PASIVO				
	Fondo Empleados Maria Agentes Socieles FONMARE		13.842.564	13.842.564	13.842.564
			-		
34	TOTAL PATRIMONIO LIQUIDO				74.580.568
	INGRESOS				
41	Rendimientos Financieros				
	Salarios y demas pagos recibidos Empresa Maria Año 2017		43.455.858		
	Cesantias e intereses recibidos Empresa Maria Año 2017		3.554.580		
	Banco Davivienda Ptjo Diario Rendimiento Ahr		6.457		
	Fondo Empleados Maria Rendimientos Financieros FONMARE		54.949		
	Cooperativa Cacarica del Proteca - ingresos por otros conceptos		1.255.155	53.774.395	53.774.395
87	RENTA PRESUNTIVA				
	Total Patrimonio Liquido a Dic. 31-16	72.666.950			
	Menos valor neto de				
	acciones, cpm acciones declaradas 2015 : 77,42%	-			
	Hasta los primeros 8.000 UVT (8.000 x $29.753 = $238.024.000) del patrimonio bruto de la casa de residencia (Nota: Según el concepto DIAN 097559 de Octubre 1 de 2015 a pesar de que la parte del patrimonio líquido hasta dichos valores no realice por su valor comercial excepto el limite antes indicado, sin importar que con esto la base final de la Renta presuntiva se quede valor negativo)				
	Base para presuntiva	72.666.950			
	Tasa presuntiva a aplicar año gravable 2016 = 3,5%		2.554.567		2.554.567
87	Ingresos por ganancias ocasionales en el pais			0	-
	Por otros conceptos		-		
	Primera de venta de activos fijos poseidos por mas de dos años (artículo 300		-		
	Venta apto 501 ficha catastral 1-03-0201-1503-901 1/4 parte - Valor venta $75.000.000		-		
	Venta finca ficha catastral 00-00-0001-0001-000 1/4 parte - valor venta $60.000.000		-		
88	Costos y deducciones por ganancias ocasionales			0	-
	Costo de venta de activos fijo poseidos, y que hayan sido gravados por mas de dos años (Art. 300				
	Venta apto 501 ficha catastral 1-03-0201-1503-901 1/4 parte - Valor declarado 2015 $18.000.000				
	Venta finca ficha catastral 00-00-0001-0001-000 1/4 parte - valor declarado 2015 $18.000.000				
71	Ganancias ocasionales Gravables (Casillas 87+88-89-75. Si el resultado es negativo escriba cero) (Art. 330)			0	-
91	Impuesto neto de renta (el mayor entre 34 y 35, se resta el 90) (Art. 26)				
92	Impuesto de Ganancias Ocasionales				
	Sobre loterias, rifa s similar (siempre es el 20%)				
	Sobre las demas ganancias ocasionales gravables (los "residentes" y "no residentes" aplican el 10%)			0	-
94	Total impuesto a cargo (91+92-93)			0	-
96	Menos : Anticipo de renta año 2017				
96	Menos: Saldos a favor año 2016 sin solicitud de devolucion o compensacion			0	
97	Menos: Retenciones en la fuente año gravable 2016			125.000	
	Sobre otros ingresos				-
	Retenc. para impuesto sobre la renta en ventas fijos poseidos menos de dos años		-		
	Venta apto 501 ficha catastral 1-03-0201-1503-901 1/4 parte - Valor venta 1/4 de $75.000.000		-		
	Venta finca ficha catastral 00-00-0001-0001-000 1/4 parte -1/4 parte - Valor venta 1/4 de $60.000.000		-		
	A titulo de ganancias ocasionales		-		
98	Mas: Anticipo al impuesto de renta 2018 (ver anexo)			0	-
99	Saldos a pagar por impuestos (si casilla 94+98-96-96-97 mayor que 0, escriba el resultado; de lo contrario escriba 0)			0	-
106	Sanciones			0	-
	Por extemporaneidad (Art. 27)		-		
101	Total saldos a pagar (94+98+106-96-96-97) si el resultado es negativo escriba 0)			0	
102	O saldos a favor (96+96+97-94-98-106) si el resultado es negativo escriba 0) (Art. 26)			125.000	-

LUZ AMPARO JIMENEZ MARIN

Powered by CamScanner

INVAMA
Instituto de Valorización de Manizales
NIT 800.002.916-2

¡Invierta en Manizales!
La contribución si paga

Alcaldía de Manizales
Más Oportunidades

Dirección de Entrega	Acuerdo de Pago	Factura No.
K 8 58B 19	-	1550502

Información del Predio

Ficha Catastral:	010100000373001600000000
Ficha Catastral Anterior:	010103730016000
Matrícula Inmobiliaria:	100-1[illegible]3863
Dirección Predio:	K 8 58B 19
Nit o CC del Propietario:	30327071
Propietario:	CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ

Información de la Factura

Tipo de Factura:	Normal
Fecha de Expedición:	11-01-2017
Fecha Corte:	31-03-2017
Periodo Facturado:	2017 01

Obra: 03452 CONSTRUCCION PARALELA NORTE GRUPO II SECTOR BAJO ROSALES — Plazo: 60

Gravamen Inicial: 334,321 — Gravamen por Facturar: 334,321

Auditoria S.G.I Plus [Personal : 06-ADMINISTRADOR Terminal: INVAMAMZL\SISTEMAS-DLCJ-DLCORTES- Fecha y Hora: 24-01-2017 05:01:36]

Conceptos Liquidados

Código	Descripción	Deuda Anterior	Deuda Actual	Valor a Pagar	Saldo	Total Deuda
200	Gravamen por Facturar	0	0			334,321
	Subtotal	0	0	0	0	334,321

CAJERO No. 1 HN
13 MAR. 2017
PROCESADO

Pago Periodo

Fecha Límite	% Descuento	Valor a Pagar
31-03-2017		0

Pago Total

Fecha Límite	% Descuento		Valor a Pagar
31-03-2017	10	33,432	300,889

Observaciones:

REALICE SUS PAGOS A TRAVES DEL ENLACE TRAMITES DE VALORIZACION EN NUESTRA WEB www.invama.gov.co.

Powered by CamScanner

FONDO DE EMPLEADOS MABE COLOMBIA S.A.S

NIT 8001303338 Tel. 8781700 EXT 3380
Dir. CRA 31 74 180 ZONA INDUSTRIAL ALTA SUIZA

MANIZALES, 8 de agosto de 2018

CERTIFICADO DE INGRESOS Y RETENCIONES

Por medio de la presente certificamos que el señor(a) **JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO** identificado con cédula de ciudadanía No. **75075796** presenta los siguientes saldos a diciembre de 2017 :

APORTES SOCIALES	AHORROS	C.D.A.T.	PRESTAMOS
6,978,409.00	2,032,054.00	0.00	18,842,564.00

Que durante el año 2017 cancelo por concepto de capital lo siguiente:

VIVIENDA	OTROS
0.00	1,157,436.00

Que durante el año 2017 cancelo por concepto de intereses lo siguiente:

VIVIENDA	OTROS
0.00	864,481.00

Que durante el año 2017 recibió intereses por captación por valor de:

AHORRO	C.D.A.T.
54,946.00	0.00

Que durante el año 2017 se le realizaron las siguientes retenciones:

AHORRO	BASE AHORRO	C.D.A.T.	BASE C.D.A.T.	OTROS	BASE OTROS
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Que durante el año 2017 se le realizo el siguiente gravamen financiero y revalorización de los aportes (incluidos en los aportes sociales):

Gravamen financiero	Revalorización de los aportes (Incluidos en los aportes sociales)
0,00	102.154,00

Nombre del Responsable :Julian Jaramillo Hurtado

Cargo: **Gerentey Representante Legal**

Powered by CamScanner

GOBIERNO DE CALDAS

DECLARACION Y PAGO
IMPUESTOS DE VEHICULOS

2554746

PERIODO GRAVABLE	FRACCIONAMIENTO	DATOS DE DECLARACION QUE SE CORRIGE	
2017	N° MESES 12	DECLARACION N°	FECHA

CEDULA NIT	DECLARANTE	TELEFONO
75075796	JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO	8754184

DIRECCION	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
KR 8 # 58 B - 19 IAL	17001 - MANIZALES	CALDAS

PLACA	MARCA
KII793	CHEVROLET
MODELO	**CLASE**
2011	AUTOMOVIL
CILINDRAJE	**LINEA**
1000	SPARK LOCAL S/A
CARROCERIA	**BLINDADO**
SEDAN	SI [ ] NO [X]
CAPACIDAD	
N° TONELADAS 0	N° PASAJEROS 0

GRUPO	TARIFA
BF90	1.5
1 AVALUO DEL VEHICULO	$ 10,680,000
2 IMPUESTO	$ 160,000
3 MAS SANCIONES	$ 0
4 MENOS DESCUENTO	$ 16,000
5 TOTAL A CARGO	$ 144,000
6 INTERESES DE MORA	$ 0
7 TOTAL A PAGAR	$ 144,000
8 PAGOS ANTERIORES	$ 0
9 SALDOS A PAGAR	$ 144,000
10 SALDO A FAVOR	$ 0

17 MAR 2017

CONTRIBUYENTE

COMPAÑIA QUE EXPIDE EL SOAT	POLIZA N°	FECHA DE VENCIMIENTO

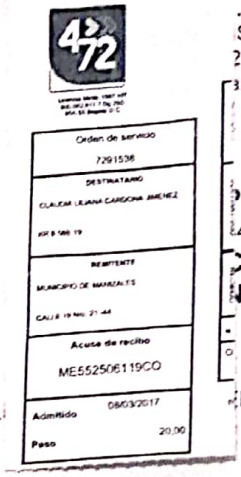
EFECTIVO	TARJETA			CHEQUE		
	Valor	Código Banco	Tarjeta Número	Valor	Código Banco	Cheque Número

independiente que puede ser solicitado a través de la Sucursal Virtual y Oficinas del Banco

Este Certificado se expide sin firma autógrafa de conformidad con lo dispuesto en el art. 10 del D.R. 836 de 1991

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner



O DE MANIZALES
. 890.801.053-7
STRATIVO MUNICIPAL CAM
21-44. Manizales, Colombia
anizales.gov.co

DOCUMENTO DE COBRO
NO.203046574

ZONA: 17
RUTA: 44541
CÓDIGO POSTAL: 170002

PREDIAL UNIFICADO
4/90 y Acuerdo 704/2008
CT 010100000373001600000000
NT 10103730016000

NEZ

AÑO: 2017

PROPIETARIO: CLAUDIA LIL
IDENTIFICACIÓN: 30327071
NO. DE PROPIETARIOS: 2
DIRECCIÓN DE ENTREGA: K 8 58B 19
DIRECCIÓN DE PREDIO: K 8 58B 19
FECHA EMISIÓN: 26-feb-17

MATRICULA: 100-158968
AVALÚO CATASTRAL: $68.720.000
DEST. ECONÓMICA: VIVIENDA
ESTRATO: 2
TARIFA X MIL: 5

LIQUIDACION AÑO 2017

CONCEPTOS	VALOR SIN SEGURO	VALOR CON SEGURO
SALDO ANTERIOR	$0,00	$0,00
IMPUESTO PREDIAL	$118.800,00	$118.800,00
RECARGOS IMPUESTO PREDIAL	$0,00	$0,00
CORPOCALDAS	$171.800,00	$171.800,00
RECARGOS CORPOCALDAS	$0,00	$0,00
DESCUENTO (10%)	$12.000,00	$12.000,00
VR. PRIMA SEGURO	$0,00	$99.642,00
VR. IVA SEGURO	$0,00	$18.932,00
VALOR A PAGAR	$278.600,00	$397.174,00

TESORERÍA MUNICIPAL 17 MAR 2017 CANCELADO

FECHA LIMITE DE PAGO 17-mar-17

AÑO 2017

...SUESTO PREDIAL UNIFICADO Y SEGURO VOLUNTARIO

(415)7707228098279(8020)000000000020304657 4(3900)000039717 4(96)20170317

Código de pago	23540129-5	Total con Seguro	$397.174,00

MUNICIPIO DE MANIZALES ENERO - FEBRERO

IMPUESTO PREDIAL UNIFICADO

(415)7707228098279(8020)000000000020304657 4(3900)000048433(96)20170317

Código de pago	23540129-1	Total sin Seguro	$48.433,00

MUNICIPIO DE MANIZALES ENERO - FEBRERO

IMPUESTO PREDIAL UNIFICADO Y SEGURO VOLUNTARIO

(415)7707228098279(8020)000000000020304657 4(3900)000068195(96)20170317

Código de pago	23540129-4	Total con Seguro	$68.195,00

BIMESTRE ENERO - FEBRERO

CONCEPTOS	VALOR SIN SEGURO	VALOR CON SEGURO
SALDO ANTERIOR	$0,00	$0,00
IMPUESTO PREDIAL	$19.800,00	$19.800,00
RECARGOS IMPUESTO PREDIAL	$0,00	$0,00
CORPOCALDAS	$28.633,00	$28.633,00
RECARGOS CORPOCALDAS	$0,00	$0,00
DESCUENTO (10%)	$0,00	$0,00
VR. PRIMA SEGURO	$0,00	$16.607,00
VR. IVA SEGURO	$0,00	$3.155,00
VALOR A PAGAR	$48.433,00	$68.195,00

FECHA LIMITE DE PAGO 17-mar-17

LÍNEAS DE ATENCIÓN: 8879700 Ext. 71355 71356 71526

La presente factura constituye un acto administrativo de carácter particular y concreto de naturaleza tributaria, que incorpora un pronunciamiento sobre la existencia de la obligación, el obligado y la cuantía del tributo. Respecto del impuesto liquidado de la vigencia actual procede el Recurso de reconsideración dentro de los (2) meses siguientes a su notificación, art. 720 y SS del estatuto tributario y una vez en firme presta mérito ejecutivo, art. 69 ley 1111 de 2006.

ARA PAGOS POR INTERNET, INGRESE A LA PAGINA www.manizales.gov.co DE CLIC EN PAGOS EN LINEA.

OSCAR DIEGO ARANGO
Líder de Proyecto
Unidad de Rentas Municipales
Firma mecánica autorizada mediante Resolución No 74 de mayo 10 de 2016

Powered by CamScanner

DIAN

Certificado de Ingresos y Retenciones por Rentas de Trabajo y de Pensiones
Año gravable 2017

FORMULARIO

220

4. Número de formulario

Información del trabajador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 4 0 0 2 1 7 4 8

6. DV:

7. Primer apellido | 8. Segundo apellido | 9. Primer nombre | 10. Otros nombres

11. Razón social: MARE COLOMBIA S. A. S.

Información del declarante

12. Tipo de documento: 13

13. Número de Identificación: 1 5 0 7 5 7 9 8

Apellidos y nombres: ALARCON ARAMILLO JUAN CARLOS

Periodo de la certificación

30. De:			31. A:			32. Fecha de expedición			33. Lugar donde se practicó la retención	34. Cód. Dpto.	35. Cód. Ciudad/Municipio
2017	01	01	2017	12	31	2018	03	15	MANIZALES	1 7	0 0 1

36. Número de sucursales, agencias o subdirectivas de la empresa retenedora cuyos montos de retención se consolidan

Concepto de los ingresos

Concepto de los ingresos		Valor
Pagos por salarios o emolumentos eclesiásticos	37	39.752.202.14
Pagos por honorarios	38	0.00
Pagos por servicios	39	0.00
Pagos por comisiones	40	0.00
Pagos por prestaciones sociales	41	6.468.088.00
Pagos por viáticos	42	0.00
Pagos por gastos de representación	43	0.00
Pagos por compensaciones por el trabajo asociado cooperativo	44	0.00
Otros pagos	45	2.241.368.00
Cesantías e intereses de cesantías efectivamente pagadas, consignadas o reconocidas en el período	46	3.954.390.00
Pensiones de jubilación, vejez o invalidez	47	0.00
Total de ingresos brutos (Sume 37 a 47)	48	52.423.048.14

Concepto de los aportes

Concepto de los aportes		Valor
Aportes obligatorios por salud	49	1.709.472.75
Aportes obligatorios a fondos de pensiones y solidaridad pensional y Aportes voluntarios al - RAIS	50	2.011.578.00
Aportes voluntarios a fondos de pensiones voluntarias	51	0.00
Aportes a cuentas AFC	52	0.00
Valor de la retención en la fuente por rentas de trabajo y pensiones	53	0.00

Nombre del pagador o agente retenedor
JUAN ANDRES FAJARDO VALLEJO

Datos a cargo del trabajador o pensionado

Concepto de otros ingresos		Valor recibido		Valor retenido
Arrendamientos	54		61	
Honorarios, comisiones y servicios	55		62	
Intereses y rendimientos financieros	56		63	
Enajenación de activos fijos	57		64	
Loterías, rifas, apuestas y similares	58		65	
Otros	59		66	
Totales: (**Valor recibido:** Sume 54 a 59), (**Valor retenido:** Sume 61 a 66)	60		67	
Total retenciones año gravable 2017 (Sume 53 + 67)			68	0.00

	69. Identificación de los bienes y derechos poseídos	70. Valor Patrimonial
1		
2		
3		
4		
5		
Deudas vigentes a 31 de Diciembre de 2017	71	

Identificación de la persona dependiente de acuerdo al parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario

C.C. o NIT	73. Apellidos y Nombres	74. Parentesco

Firma del Trabajador o Pensionado

...fico que durante el año gravable de 2017

- ...i patrimonio bruto era igual o inferior a 4.500 UVT ($143.366.000).
- ...o fui responsable del impuesto sobre las ventas ni del impuesto nacional al consumo.
- ...is ingresos brutos fueron inferiores a 1.400 UVT ($44.603.000).
- ...s consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron la suma de 1.400 UVT ($44.603.000).
- ...e el total de mis compras y consumos no superaron la suma de 1.400 UVT ($44.603.000)
- ...e el valor total de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedieron los 1.400 UVT ($44.603.000).

...anto, manifiesto que no estoy obligado a presentar declaración de renta y complementario por el año gravable 2017.

NOTA: Este certificado sustituye para todos los efectos legales la declaración de Renta y Complementario para el trabajador o pensionado que lo firma.

Powered by CamScanner

Bancolombia
NIT. 890.903.938-8

CERTIFICADO TRIBUTARIO CRÉDITO HIPOTECARIO

Bancolombia certifica que:

Nombre	Cédula o Nit.
CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMEN	30327071
JUAN CARLOS ALARCON JARAMIL	75075796

Tiene(n) en el Banco una obligación hipotecaria, que para efectos de Declaración de Renta, presenta la siguiente información:

Año Gravable

	Día	Mes	Año
Fecha de Entrega	29	08	2003
Fecha Vcto. Definitivo	29	08	2018

Información del crédito

Número de Obligación	71995293
Línea de Crédito	UVR
Destinación del Préstamo	VIVIENDA

Información sobre saldos del crédito

MONTO ORIGINAL DEL PRESTAMO	Saldo a:				Saldo a:			
	Día	Mes	Año	Valor	Día	Mes	Año	Valor
$14.000.000	31	12	2016	$4.418.504	31	12	2017	0

Información sobre pagos

CONCEPTO	VALORES PAGADOS EN PESOS
Capital	$ 4.413.945
Intereses Corrientes	$ 124.211
Intereses de Mora	$ 0
Corrección U. V. R.	$ 115.745
Otros Conceptos	$ 0
VALOR TOTAL DEDUCIBLE	$ 239.956

GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS 'GMF' (4X1000)	BASE GRAVABLE	VALOR GRAVAMEN
	$ 0,00	$ 0,00

Ciudad dónde se consignó el Gravamen a los Movimientos Financieros 'GMF': BOGOTA

Gerencia Operativa de Cartera

Firma y Sello

X/2011 F XXXX

Powered by CamScanner

No. Formulario

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA - SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA JURISDICCIÓN DE PAZ

FORMULARIO DE REGISTRO DE DATOS CONSOLIDADOS

DATOS PERSONALES DEL JUEZ DE PAZ

Nombres	Apellidos	Documento de Identidad No	Juez de:	Departamento
Juan Carlos	Alarcon Jaramillo	C.C. X 75075796	Primera Instancia X	Caldas
Dirección de correspondencia	email	Teléfono	Sexo	Municipio
Cra 8 Nº 5E 819	Juan.alarcon@caldas.com Juankalarcon127@gmail.com	3113237133 8754184	M X F	Manizales

Localidad – Comuna-Barrio: Ecoturistica Cerro de Oro

Familia	
Entre Personas	1
Comunitarios	1

DATOS CONSOLIDADOS DE LOS CASOS TRATADOS

Periodo Reportado	Semestral		Anual	NUMERO DE CASOS DE ASESORIA
Mayo	Enero a Junio	Julio a Diciembre	Año: 2014	

Nota: Diligencie los espacios utilizando números

Area Atención	Tipo de Conflicto	Total Casos	Número de Casos por cada Forma de Terminación				Cantidad de Personas	Horas Utilizadas	Costos en la atención de casos	No. de multas impuestas	Verificación Cumplimiento de acuerdos (SI / NO)
			Conciliación	Decisión	Desistimiento	Remisión					
1.0 FAMILIA	1.1 Convivencia Familiar										
	1.2 Inasistencia alimentaria										
	1.3 Reconocimiento de hijos extramatrimoniales										
	1.4 Relación de visitas a los menores										
	1.5 Conflictos de Pareja, Unión marital de hecho										
	1.6 Violencia intrafamiliar										
	1.8 Incumplimiento de pago, negocio o contrato										
	1.9 Daño en bien ajeno										
	1.10 Injuria, Calumnia u ofensas personales										
	1.11 Acta Conciliación en la fijación, aumento, exoneración de alimentos										
	1.12 Otro de Familia										
2.0 COMUNITARIA	2.1 Mal uso o daño de bienes o servicios comunitarios.										
	2.2 Alterar la paz y tranquilidad de la comunidad										
	2.3 Contaminación ambiental										
	2.4 Mal manejo de mascotas y animales										
	2.5 Incumplimiento de pagos o contratos										

Consejo Seccional Judicatura Caldas
SALA ADMINISTRATIVA
CORRESPONDENCIA
FECHA: 16-06-2014
HORA: 11:05 AM FOLIOS: 5
RECIBIDO POR:

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO SECCIONAL DE LA JUDICATURA DE CALDAS
JURISDICCIÓN ESPECIAL DE PAZ
LEY 497 DE 1999
MUNICIPIO MANIZALES COMUNA CERRO DE ORO

ACTA DE CONCILIACIÓN

Fecha: Mayo 13 de 2014
Asunto: Perturbación Tenencia o uso de Habitación
Juez de Paz: Juan Carlos Alarcón Jaramillo

En la Comuna Cerro de Oro del Municipio de Manizales se presentaron a las 8 AM del día 9 de Mayo de 2014 en el salón comunal del conjunto Acrópolis la señora: Beatriz Elena Buitrago Ocampo identificada con CC: N°: 30'306.130 de Manizales y en calidad de Administradora del conjunto; el señor Nayib Gonzalez Velasquez Identificado con CC N°: 75'080.301 de Manizales con domicilio Calle 71 N° 17 a 32 edificio Acrópolis apartamento 508 alta Suiza. En el acto intervienen: la señora Claudia Maria Pérez Escobar identificada con CC N°: 30'297.105 de Manizales la cual pertenece al consejo Administración del Conjunto Acrópolis, el Señor German Villada identificado con CC N°: 10'289.594 de Manizales ingeniero encargado Obras Civiles Conjunto Acrópolis, y el Dr Oscar Salazar Granada identificado con CC N°: 9'855.571 de Pensilvania Caldas.

INTERVENCIÓN DEL JUEZ DE PAZ

Se realiza una breve reseña de qué es y cómo funciona la Justicia Especial de Paz y se aclara que en caso de no lograrse un acuerdo, el Juez de paz se obliga a realizar la valoración de las pruebas y a emitir un fallo en equidad en un tiempo prudencial de cinco (5) días.

De igual manera, se informa que en caso de que se emita un fallo y alguna de las partes no esté conforme con lo decidido, se puede interponer el recurso de reconsideración de forma oral o escrita durante los 5 días siguientes a la comunicación del fallo.

Hechas las anteriores aclaraciones, las partes aceptan las reglas de la Justicia Especial de Paz y deciden participar en la audiencia.

misma plasmada en la respectiva acta.

3- Intervención en la Queja Nro.016 relacionada con problemáticas de convivencia en la carrera 8 Nro. 68ª-59 apartamentos. El caso

Powered by CamScanner

HECHOS

Primera Parte: Desde el mes de Noviembre del año 2013 en el conjunto habitacional Acrópolis ubicado en la alta Suiza se vienen realizando trabajos de obras civiles como restauración fachadas con un tiempo estimado de 6 meses, previo al inicio de las obras fue determinado mediante evaluación técnica realizada por el ingeniero como punto estratégico para el ingreso y/o acceso a trabajos el apartamento 508 y en el cual habita el señor Nayib Gonzalez V. por lo anterior y dado la magnitud del trabajo se presenta inconformidades, daños (manquesinas) debidamente reparados en su momento, perturbación entre otros.

PRETENSIONES

Primera Parte:
Reparación del cielo raso- y daños en general ocasionados por las obras en el apartamento 508.

Segunda Parte:
Mediante oficio escrito excusas por parte de la administración del conjunto.

INTERVENCIÓN DEL JUEZ O JUEZA DE PAZ

Es claro que mediante la realización de trabajos y más aún cuando se trata de obras civiles, se verán en el entorno personas vulneradas por la contaminación visual, auditiva y asi mismo la posibilidad de daños se incrementa proporcionalmente al tamaño y tiempo de la obra en ejecución. Es importante contemplar todos los pormenores que de ella se desprende y medir las consecuencias, como también tener presentes los principios de solidaridad, cooperación y racionalidad y asi mismo la tolerarla por parte de todos y cada una de las personas del entorno en el cual se da ejecución a la obra.

ACUERDO LOGRADO

1. **Se realizara por parte de la administración y de la firma contratada las adecuaciones y reparaciones pertinentes causadas a raiz de la utilización de este apartamento 508 como acceso o medio principal para las actividades correspondientes a obras civiles en el conjunto Acrópolis.**
2. **La administración en general expresará por medio escrito excusas al señor Nayib Gonzales por soportar y tolerar todo este tiempo los por menores que conlleva la actividad y por las incomodidades y daños causados.**

Powered by CamScanner

FACULTADES ESPECIALES

De acuerdo con el articulo 37 de la ley 497 de 1999, si alguna de las partes incumpliera el acuerdo establecido en la presente acta se verán sujetas a sanciones por dos meses con actividades comunitarias no remuneradas en instituciones sin ánimo de lucro, o multas que van desde uno (1) a quince (15) SMLMV salarios mínimos legales mensuales vigentes, y sin perjuicio del cobro ejecutivo de las obligaciones aquí contenidas por la vía de la jurisdicción ordinaria, por parte del acreedor.

APROBACIÓN

Como Juez de Paz, doy mi aprobación al presente acuerdo conciliatorio por ajustarse a la Constitución Nacional, respetar los Derechos Fundamentales y ceñirse al Justo comunitario.

Felicito a las partes y les recuerdo la importancia de fortalecer la convivencia y crear lazos de amistad en la comunidad en la que se encuentran.

Esta Acta de Conciliación presta merito ejecutivo y hace tránsito a cosa juzgada articulo 29 ley 497 de 1999.

Leída y aprobada el Acta de Conciliación, se firma en constancia, se hace entrega de una copia a cada una de las partes y el original se archiva en la oficina de la Justicia Especial de Paz del Municipio de Manizales Comuna: Eco Turística Cerro de Oro Departamento: Caldas.

BEATRIZ ELENA BUITRAGO OCAMPO
CC.Nº 30'306.130 de Manizales

NAYIB GONZALEZ VELASQUEZ
CC: 75'080.301 de Manizales

CLAUDIA MARIA PEREZ ESCOBAR
CC N°: 30'297.105 de Manizales

GERMAN VILLADA
CC N°: 10 289.594 de Manizales

OSCAR SALAZAR GRANADA
CC N°: 9'855.571 de Pensilvania Caldas

JUAN CARLOS ALARCÓN JARAMILLO
JUEZ DE PAZ
Dirección: CRA 8 Nº 58 B 19
Celular: 311 3237133

Powered by CamScanner

El Suscrito Inspector Séptimo Urbano Municipal de policía de la Comuna Cerro de Oro de Manizales

HACE CONSTAR

Que el Señor JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO identificado con la Cédula de Ciudadanía número 75.075.796 expedida en Manizales, quien se desempeña como Juez de Paz en esta comuna desde el año 2012 cumpliendo las funciones propias que el otorga la Ley 497 del 10 de febrero del 1999, ha prestado su colaboración y asesoría a esta dependencia de la Secretaría de Gobierno Municipal, entre otros en los siguientes asuntos:

1-. Intervención en la Queja Nro. 25, relacionada con Restitución de Bien de Uso Público en la Carrera 22 Nro. 70ª-108 del Barrio la Camelia, donde intervienen con sus firmas más de 30 ciudadanos del sector por tratarse de una problemática generada por la ubicación de una caseta de celaduría en el sector. El Señor Alarcón Jaramillo coordino una reunión en la sede de acción comunal de la Alta Suiza donde se ahondo en las diferencias surgidas entre los vecinos con motivo de la mencionada caseta.
El proceso termino con la Resolución Nro. 1983 del 01 de noviembre del 2013, donde se resuelve un recurso de reposición interpuesto por los afectados.

2- Intervención en la Querella Nro. 001-2014. Relacionada con perturbaciones a la tenencia en el apartamento 508 de la Torre Nro.5 de la Propiedad Horizontal Acrópolis ubicada en la Calle 71 Nro.17ª-32 del barrio alta suiza de Manizales, el conflicto entre la administración y el inquilino del mencionado apartamento fue objeto discusión con intervención del Juez de Paz, el Querellante afectado y el ingeniero contratista encargado de las obras de reparación de la Propiedad Horizontal. Allí se logró una conciliación entre las partes quedando la misma plasmada en la respectiva acta.

3- Intervención en la Queja Nro.016 relacionada con problemáticas de convivencia en la carrera 8 Nro. 68ª-59 apartamentos. El caso

Powered by CamScanner

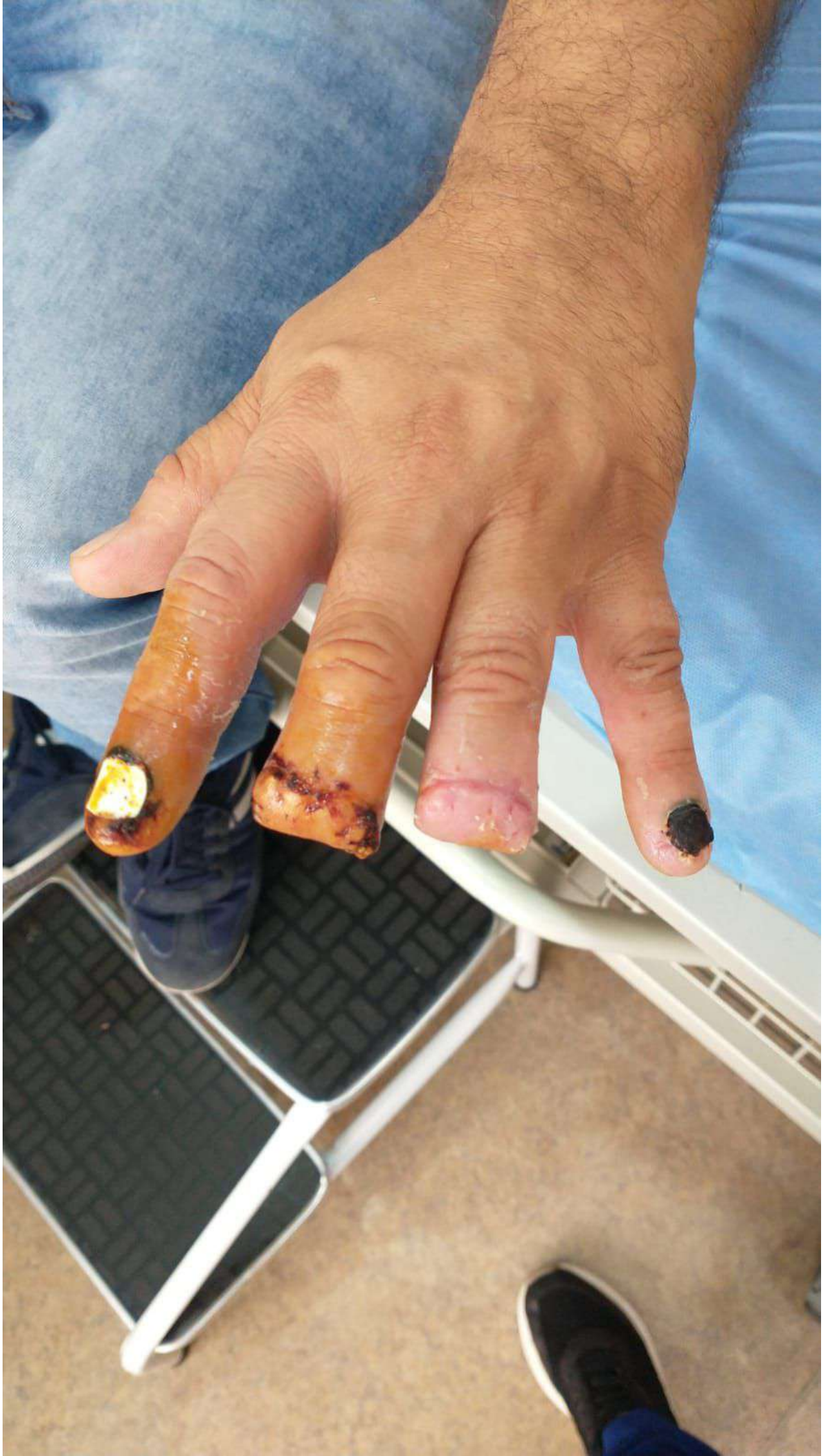
involucra a la líder comunitaria Sra. Miryan Osorio Galvis, el caso involucra a menores de edad de incomodan a vecinos jugando futbol en las calles. La queja se extiende a la deambulación de ganado en ladera posteriores a la vivienda indicada y un problema particular de la quejosa con un vecino al cual le vendió una parte de su vivienda y con el cual viene teniendo inconvenientes a raíz de esa negociación

4- Intervino he realizó mediaciones en relación con el comparendo ambiental (Decreto 0319 del 2010) y muy especialmente se atendió una problemática comunitaria relacionada con la Ley 746 del 2002 por presencia de mascotas en parques donde vecinos y propietarios de caninos no estaban cumpliendo con las normas relacionadas con las practicas higiénicas sobre recolección de deposiciones fecales de sus animales.

La anterior constancia se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de mayo del 2014.

German Alfonso Vásquez Botero
Inspector Séptimo Urbano de policía.

Powered by CamScanner



Supreme

Supreme

Clorets
MINTS

Accidente de trabajo - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE DOS O MÁS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES **Fecha Inicio:** 23-08-2022 12:11 AM **Sesiones Realizadas:** 14

Cita Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES **Fecha:** 23-08-2022 12:11 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-08-23 11:30
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	ARL
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Movilidad para llegar a la atención

Modo de trasporte Taxi

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

Control presencial ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS C75075796 EXP 1610030852 AT: 06/08/2022 EMPRESA: MABE CARGO: OPERARIO DIAGNOSTICO: - TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL LATERALIDAD IZUIERDA DIESTRO UEN: 611 DIAS IT: 30 DIAS EVENTO TIPO QH: DEL 08-08-22 AL 10-08-22 VIVES EN MANIZALES, CASADO, HIJO: 1 , ESCOLARIDAD ADMINISTRACIO N FINANCIERA, DIESTRO PAT. HTA CONTROLADA, QX: SAFENECTOMIA, ALERGIAS PENICILIDAD, TRAMADOL, TOX NO. FURAT : SE ENCONTRABA PULIENDO UNAS MUESTRAS DE POLIURETANO SE LE VA LA MANO IZQUIERDA MOLIÉNDOLE LOS DEDOS. TRAUMA DE MANO IZQUIERDA CON LESIÓN DE DORSO DE DEDOS 2,3,4,5 Y PERDIDA DE LA UÑA DE 2 Y 5 DEDO, PERDIDA DE PIEL DE TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y DE FALANGES DISTALES DE 3 Y 4 DEDO. MANEJO EN LA CLINCA SANTILLANA, VALORACION POR EL DR LOPEZ, QUIEN ENCUNTRA TRAUMA SEVERO DE DEDOS, HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL. MANEJO QH: REMODELACION DE MUÑON DE 3ER Y 4 DEDO MAS ROTACION DE COLGAJO VOLAR, RECONSTRUCCION DE LECHO UNGUEAL DE 2DO Y 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA SIN COMPLICACIONES +++ ME INDICA ¿QUE ESTA CON MUCHO DOLOR EN MANEJO CON PREGABALINA Y

PALEXIS, INDICA QUE ESTA CON MUCHA TRISTEZA YA ESTA EN MANEJO CON PSICOLOGIA, SIENTE HIPOESTESIAS, CORREINTEZOS EN LOS MUÑONES ESTA EN CONTROL CON CX DE MANO Y PSICOLOGIA ¿

Antecedentes Patológicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	171 cm

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

Estado general del paciente	BUENAS CONDICIONES DE SALUD, ASISTE POR SUS PROPIOS MEDIOS , SIN AYUDA EXTERNA, BUEN INFORMANTE

Osteomuscular

Texto Osteomuscular	EN MANO IZQUIERDA, 1ER DEDO MOVIL SIN ALTERACION, 2.3.4.5TO CUBIERTOS CON APOSITO, DEDO CON FLEXION PARCIAL , EXTENSION COMPLETA, MOVILES NO HAY ALTERACION DE LA PERFUSION, EDEMA EN DEDOS, ADECUADA COLORACION

Dispositivos de asistencia

Utiliza dispositivos de asisctencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia	No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta médico seguimiento integral ARL

Notas de análisis y plan

PTE CON TRAUMA SEVERO, ALTA COMPLEJIDAD, EN EL MOMENTO MUY ALGICO, EN MANEJO ANALGESICO Y PSICOLOGIA, ORTOPEDIA Y FISIATRIA. CON IT HASTA EL DIA 4 DE SEP 22, SE DA MANEJO CON DOLEX FORTE CADA 12 HORAS, CONTINUA CON LA MEDICACION DADA EN URGENCIAS, SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENACIONES DE SALUD.

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral	Continua con incapacidad

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

S682-AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE DOS O MÁS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Resumen de conducta

Resumen de conducta	Cita de control

Causa externa y finalidad

Causa externa	Accidente de trabajo
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30235259
Nombre completo	PAMELA LORENA ARIAS MORALES	**Registro médico**	16259

Cita 1 , Tipo Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES **Fecha:** 22-09-2022 12:25 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-09-22 11:04
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	ARL
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Masculino	**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Movilidad para llegar a la atención

Modo de trasporte Taxi

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

CONTROL PRESENCIAL ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS C75075796 EXP 1610030852 AT: 06/08/2022 EMPRESA: MABE CARGO: OPERARIO DIAGNOSTICO: - TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL LATERALIDAD IZUIERDA DIESTRO UEN: 611 DIAS IT: 30 DIAS EVENTO TIPO QH: DEL 08-08-22 AL 10-08-22 VIVES EN MANIZALES, CASADO, HIJO: 1 , ESCOLARIDAD ADMINISTRACIO N FINANCIERA, DIESTRO PAT. HTA CONTROLADA, QX: SAFENECTOMIA, ALERGIAS PENICILIDAD, TRAMADOL, TOX NO. FURAT : SE ENCONTRABA PULIENDO UNAS MUESTRAS DE POLIURETANO SE LE VA LA MANO IZQUIERDA MOLIÉNDOLE LOS DEDOS. TRAUMA DE MANO IZQUIERDA CON LESIÓN DE DORSO DE DEDOS 2,3,4,5 Y PERDIDA DE LA UÑA DE 2 Y 5 DEDO, PERDIDA DE PIEL DE TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y DE FALANGES DISTALES DE 3 Y 4 DEDO. MANEJO EN LA CLINCA SANTILLANA, VALORACION POR EL DR LOPEZ, QUIEN ENCUNTRA TRAUMA SEVERO DE DEDOS, HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL. MANEJO QH: REMODELACION DE MUÑON DE 3ER Y 4 DEDO MAS ROTACION DE COLGAJO VOLAR, RECONSTRUCCION DE LECHO UNGUEAL DE 2DO Y 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA SIN COMPLICACIONES +++ ME INDICA ¿QUE ESTA CON MUCHO DOLOR Y PARESTESIA EN LOS DEDOS, INDICA QUE NO ESTA DURMIENDO IEN EN LAS NOCHES, ESTA EN TERAPIAS FISICAS PERO YA LAS TERMINO, YA TERMINO LAS CURACIONES, ME TRAE FOTO DONDE HAY EVDENCIA EN 5TO DEDO CON COSTRA EN UÑA EN 4TO Y 3ER DEDO CON AMPUTACION DE LA FALANGE DISTAL, EN PROCESO DE CICATRIZACION, Y EN 2DO DEDO, SIN UÑA PERO CON LAMINA PROTECTORA EN LECHO UNGUEAL. HA ESTADO CON ESTADO DE ANIMO BAJITO, YA ESTA EN CONTROLES CON PSICOLOGIA

Antecedentes Patológicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla 171 cm

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca 80 lpm **Frecuencia respiratoria** 18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

Estado general del paciente ESTADO GENERAL DEL PACIENTE QUE INGRESA SOLO A CONSULTA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN USO DE APOYO EXTERNO, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN APARENTE BUEN ESTADO GENERAL

Osteomuscular

Texto Osteomuscular EN MANO IZQUIERDA CON EDEMA, NO CALOR LOCAL, 2-3-4-5 DEDOS CUBIERTOS CON APOSITO, CON LIMITACION PARA LA MOVILIDAD DE LOS DEDOS PERO HA LOGRADO FLEXION DE LOS DEDOS, AUN FALTA. FM 3/5 ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD HAY ADECUADA COLORACION Y TEMPERATURA.

Dispositivos de asistencia

Utiliza dispositivos de asisctencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta médico seguimiento integral ARL

Notas de análisis y plan

CONTINUA EN TRATAMIENTO - PTE CON TRAUMA SEVERO, ALTA COMPLEJIDAD, EN EL MOMENTO MUY ALGICO, EN MANEJO ANALGESICO Y PSICOLOGIA, ORTOPEDIA Y FISIATRIA. CON IT HASTA EL DIA 4 DE OCTUBRE 22, SE DA MANEJO CON SINALGEN CADA 12 HORAS CADA 12 HORAS, PREGABALINA TAB 75 MG CADA NOCHE, ZERODOL TABLETAS. PROCICAR CREMA, PIROXCAM GEL CONTINUA EN TERAPIAS FISICAS Nº12 . SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENACIONES DE SALUD, CONTROL EN 15 DIAS.

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral	Está laborando

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

S682-AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE DOS O MÁS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Resumen de conducta

Resumen de conducta	Cita de control

Causa externa y finalidad

Causa externa	Accidente de trabajo
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30235259
Nombre completo	PAMELA LORENA ARIAS MORALES	**Registro médico**	16259

Cita 2 , Tipo Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES **Fecha:** 04-10-2022 11:58 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-10-04 11:12
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	ARL
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado

Identidad de genero	Masculino	**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Movilidad para llegar a la atención

Modo de trasporte Taxi

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

control

Enfermedad Actual

CONTROL PRESENCIAL ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS C75075796 EXP 1610030852 AT: 06/08/2022 EMPRESA: MABE CARGO: OPERARIO DIAGNOSTICO: - TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL LATERALIDAD IZUIERDA DIESTRO UEN: 611 DIAS IT: 30 DIAS EVENTO TIPO QH: DEL 08-08-22 AL 10-08-22 VIVES EN MANIZALES, CASADO, HIJO: 1 , ESCOLARIDAD ADMINISTRACIO N FINANCIERA, DIESTRO PAT. HTA CONTROLADA, QX: SAFENECTOMIA, ALERGIAS PENICILIDAD, TRAMADOL, TOX NO. FURAT : SE ENCONTRABA PULIENDO UNAS MUESTRAS DE POLIURETANO SE LE VA LA MANO IZQUIERDA MOLIÉNDOLE LOS DEDOS. TRAUMA DE MANO IZQUIERDA CON LESIÓN DE DORSO DE DEDOS 2,3,4,5 Y PERDIDA DE LA UÑA DE 2 Y 5 DEDO, PERDIDA DE PIEL DE TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y DE FALANGES DISTALES DE 3 Y 4 DEDO. MANEJO EN LA CLINCA SANTILLANA, VALORACION POR EL DR LOPEZ, QUIEN ENCUNTRA TRAUMA SEVERO DE DEDOS, HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL. MANEJO QH: REMODELACION DE MUÑON DE 3ER Y 4 DEDO MAS ROTACION DE COLGAJO VOLAR, RECONSTRUCCION DE LECHO UNGUEAL DE 2DO Y 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA SIN COMPLICACIONES +++ ME INDICA ¿QUE ESTA CON MUCHO DOLOR Y PARESTESIA EN LOS DEDOS, INDICA QUE NO ESTA DURMIENDO BIEN EN LAS NOCHES, EN MANEJO CON SINALGEN, ESTA EN TERAPIAS FISICAS, YA TERMINO LAS CURACIONES, ESTA EN PSICOLOGIA, CON IT HASTA EL DIA DE HOY. INDICA LIMITACION PARA LA FLEXION COMPLETA DE LOS DEDOS. 2-3-4

Antecedentes Patológicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	171 cm

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

Estado general del paciente

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE QUE INGRESA SOLO A CONSULTA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN USO DE APOYO EXTERNO, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN APARENTE BUEN ESTADO GENERAL

Osteomuscular

Texto Osteomuscular

EN MANO IZQUIERDA CON EDEMA, NO CALOR LOCAL, 2 CON LIMITACION DE LA FALANGE DISTAL PARA LA FLEXION, SIN UÑA CON LECHO UNGUEAL, 3ER, DEDO,, MUÑON SANO CICATRIZADO, CO HIPERSENSIBILIDAD-4 CON CICATRIZACION DEL MUÑON DEDO MOVIL CON LIMITACION PARA LA FLEXION COMPLETA, 5TO CON FLEXION LIMITADA EN FALANGE DISTAL. CON HIPERSENSIILIDAD, CON LIMITACION PARA LA MOVILIDAD DE LOS DEDOS PERO HA LOGRADO FLEXION DE LOS DEDOS. NO REALIZA CIERRE DE COMPLETA, AUN FALTA. FM 3/5 ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD HAY ADECUADA COLORACION Y TEMPERATURA.

Dispositivos de asistencia

Utiliza dispositivos de asisctencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta médico seguimiento integral ARL

Notas de análisis y plan

PTE CON TRAUMA SEVERO, ALTA COMPLEJIDAD, EN EL MOMENTO MUY ALGICO, EL DOLOR DISMINUYE POR POCAS HORAS, EN MANEJO ANALGESICO Y PSICOLOGIA, ORTOPEDIA Y FISIATRIA. CON IT HASTA EL DIA 4 DE OCTUBRE 22, SE DA IT POR 20 DIAS, CONTINUA EN TERAPIAS FISICAS Nº10. SE DA MANEJO CON BEDOYECTA AMPOLLA IM CADA 15 DIAS, SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES DE SALUD, CONTROL EN 15 DIAS.

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral Está laborando

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

S682-AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE DOS O MÁS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Resumen de conducta

Resumen de conducta	Cita de control

Causa externa y finalidad

Causa externa	Accidente de trabajo
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30235259
Nombre completo	PAMELA LORENA ARIAS MORALES	**Registro médico**	16259

Cita 3 , Tipo Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES **Fecha:** 20-10-2022 12:22 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-10-20 11:29
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	ARL
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Masculino	**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Movilidad para llegar a la atención

Modo de trasporte	Taxi

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

control

Enfermedad Actual

CONTROL PRESENCIAL ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS C75075796 EXP 1610030852 AT: 06/08/2022 EMPRESA: MABE CARGO: OPERARIO DIAGNOSTICO: - TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL LATERALIDAD IZUIERDA DIESTRO UEN: 611 DIAS IT: 30 DIAS EVENTO TIPO QH: DEL 08-08-22 AL 10-08-22 VIVES EN MANIZALES, CASADO, HIJO: 1 , ESCOLARIDAD ADMINISTRACIO N FINANCIERA, DIESTRO PAT. HTA CONTROLADA, QX: SAFENECTOMIA, ALERGIAS PENICILIDAD, TRAMADOL, TOX NO. FURAT : SE ENCONTRABA PULIENDO UNAS MUESTRAS DE POLIURETANO SE LE VA LA MANO IZQUIERDA MOLIÉNDOLE LOS DEDOS. TRAUMA DE MANO IZQUIERDA CON LESIÓN DE DORSO DE DEDOS 2,3,4,5 Y PERDIDA DE LA UÑA DE 2 Y 5 DEDO, PERDIDA DE PIEL DE TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y DE FALANGES DISTALES DE 3 Y 4 DEDO. MANEJO EN LA CLINCA SANTILLANA, VALORACION POR EL DR LOPEZ, QUIEN ENCUNTRA TRAUMA SEVERO DE DEDOS, HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL. MANEJO QH: REMODELACION DE MUÑON DE 3ER Y 4 DEDO MAS ROTACION DE COLGAJO VOLAR, RECONSTRUCCION DE LECHO UNGUEAL DE 2DO Y 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA SIN COMPLICACIONES +++ ME INDICA ¿ QUE ESTA CON MUCHO DOLOR URENTE Y PARESTESIA EN LOS DEDOS, INDICA QUE NO ESTA DURMIENDO BIEN EN LAS NOCHES, ESTA CON EN MANEJO CON SINALGEN, ESTA EN TERAPIAS FISICAS AUN C LIMITACION FUNCIONAL PARA LA FLEXION, ASISTE POR MEDICACION

Antecedentes Patológicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? No

¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? No

¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para No

¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	171 cm

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

Estado general del paciente	ESTADO GENERAL DEL PACIENTE QUE INGRESA SOLO A CONSULTA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN USO DE APOYO EXTERNO, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN APARENTE BUEN ESTADO GENERAL

Osteomuscular

Texto Osteomuscular	EN MANO IZQUIERDA CON EDEMA, NO CALOR LOCAL, 2DO DEDO CON LIMITACION DE LA FALANGE DISTAL PARA LA FLEXION, UÑA EN CRECMIENTO, 3ER, DEDO,, MUÑON SANO CICATRIZADO, CON HIPERSENSIBILIDAD CON EDEMA -4 CON CICATRIZACION DEL MUÑON DEDO MOVIL CON LIMITACION PARA LA FLEXION COMPLETA, 5TO CON FLEXION LIMITADA EN FALANGE DISTAL. CON HIPERSENSIILIDAD, CON LIMITACION PARA LA MOVILIDAD DE LOS DEDOS PERO HA LOGRADO FLEXION DE LOS DEDOS, UÑA EN CRECIMIENTO, NO REALIZA CIERRE DE COMPLETA, AUN FALTA. FM 3/5 ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD HAY ADECUADA COLORACION Y TEMPERATURA.

Dispositivos de asistencia

Utiliza dispositivos de asisctencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia	No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta médico seguimiento integral ARL

Notas de análisis y plan

PTE CON TRAUMA SEVERO, ALTA COMPLEJIDAD, EN EL MOMENTO MUY ALGICO, CON HIPERSENSIBILIDAD EN LOS PULEJOS DE LOS 4 DEDOS, CON ESTADO DE ANIMO MUY TRISTE CON DIFICULTAD DE LA ACEPTACION DEL AT, AUN LE FALTA FM, CON SINDRME DEL MIEMBRO FANTASMA, EL DOLOR DISMINUYE POR POCAS HORAS, EN MANEJO ANALGESICO Y PSICOLOGIA, ORTOPEDIA, SE REMITE A FISIATRIA, CON IT HASTA EL DIA 25 DE OCTUBRE 22, SE DA IT POR 20 DIAS, CONTINUA EN TERAPIAS FISICAS Nº10. SE DA MANEJO CON BEDOYECTA AMPOLLA IM CADA 15 DIAS, SINALGEN TB CADA 12 HORAS, Y DICLOFENACO COLESTIRAMINA 140 MG EN CASO DE MUSHO DOLOR. SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES DE SALUD CONTROL EN 20 DIAS DIAS.

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral	Continua con incapacidad

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

S682-AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE DOS O MÁS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Resumen de conducta

Resumen de conducta	Cita de control

Causa externa y finalidad

Causa externa	Accidente de trabajo
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30235259
Nombre completo	PAMELA LORENA ARIAS MORALES	**Registro médico**	16259

Cita 4 , Tipo Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES **Fecha:** 09-11-2022 11:30 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-11-09 10:58
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	ARL
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Masculino	**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Movilidad para llegar a la atención

Modo de trasporte	Taxi

Acompañante

Viene con acompañante	No

Motivo de Consulta

"CONTROL"

Enfermedad Actual

CONTROL PRESENCIAL ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS C75075796 EXP 1610030852 AT: 06/08/2022 EMPRESA: MABE CARGO: OPERARIO DIAGNOSTICO: - TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL LATERALIDAD IZUIERDA DIESTRO UEN: 611 DIAS IT: 30 DIAS EVENTO TIPO QH: DEL 08-08-22 AL 10-08-22 VIVES EN MANIZALES, CASADO, HIJO: 1 , ESCOLARIDAD ADMINISTRACIO N FINANCIERA, DIESTRO PAT. HTA CONTROLADA, QX: SAFENECTOMIA, ALERGIAS PENICILIDAD, TRAMADOL, TOX NO. FURAT :

SE ENCONTRABA PULIENDO UNAS MUESTRAS DE POLIURETANO SE LE VA LA MANO IZQUIERDA MOLIÉNDOLE LOS DEDOS. TRAUMA DE MANO IZQUIERDA CON LESIÓN DE DORSO DE DEDOS 2,3,4,5 Y PERDIDA DE LA UÑA DE 2 Y 5 DEDO, PERDIDA DE PIEL DE TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y DE FALANGES DISTALES DE 3 Y 4 DEDO. MANEJO EN LA CLINCA SANTILLANA, VALORACION POR EL DR LOPEZ, QUIEN ENCUNTRA TRAUMA SEVERO DE DEDOS, HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL. MANEJO QH: REMODELACION DE MUÑON DE 3ER Y 4 DEDO MAS ROTACION DE COLGAJO VOLAR, RECONSTRUCCION DE LECHO UNGUEAL DE 2DO Y 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA SIN COMPLICACIONES +++ ME INDICA ¿QUE ESTA CON MUCHO DOLOR URENTE Y PARESTESIA EN LOS DEDOS, ESTA CON EDEMA EN LAS NOCHES Y EN LAS MAÑANAS, YA HA CONSILIADO MEJOR EL SUEÑO, ESTA CON EN MANEJO CON SINALGEN, PREGABLIAN. ASISTE POR MEDICACION¿

Antecedentes Patológicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? No

¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? No

¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? No

¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	171 cm

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

Estado general del paciente	ESTADO GENERAL DEL PACIENTE QUE INGRESA SOLO A CONSULTA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN USO DE APOYO EXTERNO, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN APARENTE BUEN ESTADO GENERAL

Osteomuscular

Texto Osteomuscular	EN MANO IZQUIERDA CON EDEMA, NO CALOR LOCAL, 2DO DEDO CON LIMITACION DE LA FALANGE DISTAL PARA LA FLEXION, UÑA EN CRECMIENTO CON FM 4/5, 3ER, DEDO, MUÑON SANO CICATRIZADO, CON HIPERSENSIBILIDAD CON EDEMA -4 CON CICATRIZACION DEL MUÑON DEDO MOVIL CON LIMITACION PARA LA FLEXION COMPLETA, 5TO CON FLEXION LIMITADA EN FALANGE DISTAL. CON

HIPERSENSIILIDAD, CON MOVILIDAD DE LOS DEDOS AUNQUE FALTA FM UÑA EN CRECIMIENTO PERO LEVENTADA, NO REALIZA CIERRE DE COMPLETA, AUN FALTA. FM 3/5 ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD HAY ADECUADA COLORACION Y TEMPERATURA.

Dispositivos de asistencia

Utiliza dispositivos de asisctencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa

Tipo atención Consulta médico seguimiento integral ARL

Notas de análisis y plan

PTE CON TRAUMA SEVERO, ALTA COMPLEJIDAD, EN EL MOMENTO MUY ALGICO, CON HIPERSENSIBILIDAD EN LOS PULEJOS DE LOS 4 DEDOS, AUN LE FALTA FM, CON SINDRME DEL MIEMBRO FANTASMA, EN MANEJO ANALGESICO Y PSICOLOGIA, ORTOPEDIA, SE REMITE A FISIATRIA, CONTINUA EN REHABILITACION, TIENE MEDICACION EN EL MOMENTO CON BEDOYECTA AMPOLLA IM CADA 15 DIAS, SINALGEN TB CADA 12 HORAS, Y PREGABALINA 75MG II DESDE EL 12 NOV 22 PRORROGA DE 20 DIAS, SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES DE SALUD CONTROL EN 20 DIAS.

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral Continua con incapacidad

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

S682-AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE DOS O MÁS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Resumen de conducta

Resumen de conducta Cita de control

Causa externa y finalidad

Causa externa Accidente de trabajo

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC

Identificación 30235259

Nombre completo PAMELA LORENA ARIAS MORALES

Registro médico 16259

Cita 5 , Tipo Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES **Fecha:** 25-11-2022 11:47 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-11-25 10:27
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	ARL
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Masculino	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Movilidad para llegar a la atención

Modo de trasporte Bus

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

EXP 1610030852 AT: 06/08/2022 EMPRESA: MABE CARGO: OPERARIO DIAGNOSTICO: - TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL LATERALIDAD IZUIERDA DIESTRO UEN: 611 DIAS IT: 30 DIAS EVENTO TIPO QH: DEL 08-08-22 AL 10-08-22 VIVES EN MANIZALES, CASADO, HIJO: 1 , ESCOLARIDAD ADMINISTRACIO N FINANCIERA, DIESTRO PAT. HTA CONTROLADA, QX: SAFENECTOMIA, ALERGIAS PENICILIDAD, TRAMADOL, TOX NO. FURAT : SE ENCONTRABA PULIENDO UNAS MUESTRAS DE POLIURETANO SE LE VA LA MANO IZQUIERDA MOLIÉNDOLE LOS DEDOS. TRAUMA DE MANO IZQUIERDA CON LESIÓN DE DORSO DE DEDOS 2,3,4,5 Y PERDIDA DE LA UÑA DE 2 Y 5 DEDO, PERDIDA DE PIEL DE TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y DE FALANGES DISTALES DE 3 Y 4 DEDO. MANEJO EN LA CLINCA SANTILLANA, VALORACION POR EL DR LOPEZ, QUIEN ENCUNTRA TRAUMA SEVERO DE DEDOS, HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL. MANEJO QH: REMODELACION DE MUÑON DE 3ER Y 4 DEDO MAS ROTACION DE COLGAJO VOLAR, RECONSTRUCCION DE LECHO UNGUEAL DE 2DO Y 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA SIN COMPLICACIONES CONTROL CON FISIATRIA DR IGNACIO 158/11/22: AMPUTACIO N DE FALNGES DISTALES IIY IV MANO IZQ. MUÑONES SANOS CON HIPERSENIBILIDAD ESPECIALMENTE EL IV, LECHOS UNGUEALES CRUENTO, EN II Y V DOLOROSOS ALA PALPACION . CONTROL EN UN MES. +++ ME INDICA EL PTE QUE ESTA CON DOLOR EN ESPECIAL EN LAS TARDES, AL EXTENDER LOS DEDOS, EDEMA EN LAS MAÑANAS EN LOS MUÑONES DEL 3ER Y 4TO DEDO, EN TERAPIAS FISICAS

Antecedentes Patológicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR

CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla 171 cm

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca 80 lpm **Frecuencia respiratoria** 18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura	Clasificación de la temperatura
Axilar	Anormal

Estado general del paciente

Estado general del paciente ESTADO GENERAL DEL PACIENTE QUE INGRESA SOLO A CONSULTA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN USO DE APOYO EXTERNO, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN APARENTE BUEN ESTADO GENERAL

Osteomuscular

Texto Osteomuscular N MANO IZQUIERDA CON EDEMA, NO CALOR LOCAL, 2DO DEDO FLEXION Y EXTENSION, UÑA EN CRECMIENTO CON FM 4/5, 3ER, DEDO, MUÑON SANO CICATRIZADO, CON HIPERSENSIBILIDAD CON LEVE EDEMA -4 CON CICATRIZACION DEL MUÑON DEDO MOVIL SIN LIMITACION PARA LA FELXO - FLEXION COMPLETA, 5TO CON FLEXO-EXTENSION EN FALANGE DISTAL. CON HIPERSENSIILIDAD EN LA UÑA LA CUAL ESTA CRECIENDO ELEVADA, NO REALIZA CIERRE DE COMPLETA, ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD HAY ADECUADA COLORACION Y TEMPERATURA.

Dispositivos de asistencia

Utiliza dispositivos de asisctencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa

Tipo atención Consulta médico seguimiento integral ARL

Notas de análisis y plan

PTE CON TRAUMA SEVERO, ALTA COMPLEJIDAD, EN EL MOMENTO MUY ALGICO, CON HIPERSENSIBILIDAD EN LOS PULEJOS DE LOS 4 DEDOS, AUN LE FALTA FM, CON SINDRME DEL MIEMBRO FANTASMA, EN MANEJO ANALGESICO Y PSICOLOGIA, ORTOPEDIA, CONTINUA EN REHABILITACION PARA DESENSIBILIZACIÓN, EN EL MOMENTO CON BEDOYECTA AMPOLLA IM CADA 15 DIAS, SINLAGEN CADA 12HORAS VIA ORAL, Y DICLOFENACO COLESTIRAMINA 140 MG CADA 12H DIAS, IT HASTA EL 3 DE DIC 22. SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES DE SALUD CONTROL EN 20 DIAS.

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral Continua con incapacidad

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

S682-AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE DOS O MÁS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Resumen de conducta

Resumen de conducta Cita de control

Causa externa y finalidad

Causa externa Accidente de trabajo

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC

Identificación 30235259

Nombre completo PAMELA LORENA ARIAS MORALES

Registro médico 16259

Cita 6 , Tipo Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES **Fecha:** 01-12-2022 10:48 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-12-01 10:11
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	ARL
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Movilidad para llegar a la atención

Modo de trasporte Taxi

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

CONTROL SE DILIGENCIA CONSENTIMIENTO INFORMADO " TENGO DOLOR"

Enfermedad Actual

EXP 1610030852 AT: 06/08/2022 EMPRESA: MABE CARGO: OPERARIO DIAGNOSTICO: - TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL LATERALIDAD IZUIERDA DIESTRO UEN: 611 DIAS IT: 30 DIAS EVENTO TIPO QH: DEL 08-08-22 AL 10-08-22 VIVES EN MANIZALES, CASADO, HIJO: 1 , ESCOLARIDAD ADMINISTRACIO N FINANCIERA, DIESTRO PAT. HTA CONTROLADA, QX: SAFENECTOMIA, ALERGIAS PENICILIDAD, TRAMADOL, TOX NO. FURAT : SE ENCONTRABA PULIENDO UNAS MUESTRAS DE POLIURETANO SE LE VA LA MANO IZQUIERDA MOLIÉNDOLE LOS DEDOS. TRAUMA DE MANO IZQUIERDA CON LESIÓN DE DORSO DE DEDOS 2,3,4,5 Y PERDIDA DE LA UÑA DE 2 Y 5 DEDO, PERDIDA DE PIEL DE TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y DE FALANGES DISTALES DE 3 Y 4 DEDO. MANEJO EN LA CLINCA SANTILLANA, VALORACION POR EL DR LOPEZ, QUIEN ENCUNTRA TRAUMA SEVERO DE DEDOS, HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL. MANEJO QH: REMODELACION DE MUÑON DE 3ER Y 4 DEDO MAS ROTACION DE COLGAJO VOLAR, RECONSTRUCCION DE LECHO UNGUEAL DE 2DO Y 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA SIN COMPLICACIONES CONTROL CON FISIATRIA DR IGNACIO 158/11/22: AMPUTACIO N DE FALNGES DISTALES IIY IV MANO IZQ. MUÑONES SANOS CON HIPERSENIBILIDAD ESPECIALMENTE EL IV, LECHOS UNGUEALES CRUENTO, EN II Y V DOLOROSOS ALA PALPACION . CONTROL EN UN MES. +++ VALORACIÓN CON PSIQUITRIA 30/11/22: EPISODIO DEPRESIVO MODERADO QUE INICIA CON UN TRAUMA ADAPTATIVO POR LO QUE AMERITQA MANEJO FARMACOLÓGICO CI DULOXETINA TAB Y AUMENTO DOSISI DE PREGABALINA TAB 22. PSICOTERAPIA SUBJETIVO +++ ME INDICA EL PTE QUE ESTA CON DOLOR EN ESPECIAL EN LAS TARDES, AL EXTENDER LOS DEDOS, EDEMA EN LAS MAÑANAS EN LOS MUÑONES DEL 3ER Y 4TO DEDO, MEJORIA EN LA MOVILIDAD DE LOS DEDOS. INDICA INSOMNIO ¿ ANSIOSO

Antecedentes Patológicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa

Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla 171 cm

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca 80 lpm **Frecuencia respiratoria** 18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

Estado general del paciente ESTADO GENERAL DEL PACIENTE QUE INGRESA SOLO A CONSULTA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN USO DE APOYO EXTERNO, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN APARENTE BUEN ESTADO GENERAL

Osteomuscular

Texto Osteomuscular +++MANO IZQUIERDA NO EDEMA, NO CALOR LOCAL, 2DO DEDO FLEXION Y EXTENSION, UÑA EN CRECMIENTO ELEVADA, CON FM 4/5, 3ER, DEDO, MUÑON SANO CICATRIZADO, CON HIPERSENSIBILIDAD CON LEVE EDEMA MOVIL -4 CON CICATRIZACION DEL MUÑON DEDO MOVIL SIN LIMITACION PARA LA FLEXION COMPLETA, 5TO CON FLEXO-EXTENSION EN FALANGE DISTAL. CON HIPERSENSIILIDAD, NO REALIZA CIERRE DE COMPLETA, ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD HAY ADECUADA COLORACION Y TEMPERATURA.

Dispositivos de asistencia

Utiliza dispositivos de asisctencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta médico seguimiento integral ARL

Notas de análisis y plan

PTE CON TRAUMA SEVERO, ALTA COMPLEJIDAD, EN EL MOMENTO MUY ALGICO, CON SINDRME DEL MIEMBRO FANTASMA, EN MANEJO ANALGESICO Y PSICOLOGIA, ORTOPEDI, PSIQUIATRIA CONTINUA EN REHABILITACION PARA DESENSIBILIZACIÓN- SE LE INDICA RECLAMAR MEDICACION DADA POR PSIQUIATRIA. SE DA IT DEL 3 Y 4 DE DIC 22. REINTEGRO EL 5 DE DIC 22. SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES DE SALUD-

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral	Continua con incapacidad

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

S682-AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE DOS O MÁS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Resumen de conducta

Resumen de conducta	Cita de control

Causa externa y finalidad

Causa externa	Accidente de trabajo
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30235259
Nombre completo	PAMELA LORENA ARIAS MORALES	**Registro médico**	16259

Cita 7 , Tipo Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES **Fecha:** 01-12-2022 10:57 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-12-01 10:52
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	ARL

Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Movilidad para llegar a la atención

Modo de trasporte Taxi

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

ANULACION DE INCAPACIDAD-

Enfermedad Actual

EXP 1610030852 AT: 06/08/2022 EMPRESA: MABE CARGO: OPERARIO DIAGNOSTICO: - TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL LATERALIDAD IZUIERDA DIESTRO UEN: 611 DIAS IT: 30 DIAS EVENTO TIPO QH: DEL 08-08-22 AL 10-08-22 VIVES EN MANIZALES, CASADO, HIJO: 1 , ESCOLARIDAD ADMINISTRACIO N FINANCIERA, DIESTRO PAT. HTA CONTROLADA, QX: SAFENECTOMIA, ALERGIAS PENICILIDAD, TRAMADOL, TOX NO. FURAT : SE ENCONTRABA PULIENDO UNAS MUESTRAS DE POLIURETANO SE LE VA LA MANO IZQUIERDA MOLIÉNDOLE LOS DEDOS. TRAUMA DE MANO IZQUIERDA CON LESIÓN DE DORSO DE DEDOS 2,3,4,5 Y PERDIDA DE LA UÑA DE 2 Y 5 DEDO, PERDIDA DE PIEL DE TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y DE FALANGES DISTALES DE 3 Y 4 DEDO. MANEJO EN LA CLINCA SANTILLANA, VALORACION POR EL DR LOPEZ, QUIEN ENCUNTRA TRAUMA SEVERO DE DEDOS, HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL. MANEJO QH: REMODELACION DE MUÑON DE 3ER Y 4 DEDO MAS ROTACION DE COLGAJO VOLAR, RECONSTRUCCION DE LECHO UNGUEAL DE 2DO Y 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA SIN COMPLICACIONES CONTROL CON FISIATRIA DR IGNACIO 158/11/22: AMPUTACIO N DE FALNGES DISTALES IIY IV MANO IZQ. MUÑONES SANOS CON HIPERSENIBILIDAD ESPECIALMENTE EL IV, LECHOS UNGUEALES CRUENTO, EN II Y V DOLOROSOS ALA PALPACION . CONTROL EN UN MES. +++ VALORACIÓN CON PSIQUITRIA 30/11/22: EPISODIO DEPRESIVO MODERADO QUE INICIA CON UN TRAUMA ADAPTATIVO POR LO QUE AMERITQA MANEJO FARMACOLÓGICO CI DULOXETINA TAB Y AUMENTO DOSISI DE PREGABALINA TAB 22. PSICOTERAPIA SUBJETIVO +++ ME INDICA EL PTE QUE ESTA CON DOLOR EN ESPECIAL EN LAS TARDES, AL EXTENDER LOS DEDOS, EDEMA EN LAS MAÑANAS EN LOS MUÑONES DEL 3ER Y 4TO DEDO, MEJORIA EN LA MOVILIDAD DE LOS DEDOS. INDICA INSOMNIO ¿ ANSIOSO

Antecedentes Patológicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla 171 cm

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca 80 lpm **Frecuencia respiratoria** 18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura	Clasificación de la temperatura
Axilar	Anormal

Estado general del paciente

Estado general del paciente ESTADO GENERAL DEL PACIENTE QUE INGRESA SOLO A CONSULTA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN USO DE APOYO EXTERNO, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN APARENTE BUEN ESTADO GENERAL

Osteomuscular

Texto Osteomuscular +++MANO IZQUIERDA NO EDEMA, NO CALOR LOCAL, 2DO DEDO FLEXION Y EXTENSION, UÑA EN CRECMIENTO ELEVADA, CON FM 4/5, 3ER, DEDO, MUÑON SANO CICATRIZADO, CON HIPERSENSIBILIDAD CON LEVE EDEMA MOVIL -4 CON CICATRIZACION DEL MUÑON DEDO MOVIL SIN LIMITACION PARA LA FLEXION COMPLETA, 5TO CON FLEXO-EXTENSION EN FALANGE DISTAL. CON HIPERSENSIILIDAD, NO REALIZA CIERRE DE COMPLETA, ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD HAY ADECUADA COLORACION Y TEMPERATURA.

Dispositivos de asistencia

Utiliza dispositivos de asisctencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta médico seguimiento integral ARL

Notas de análisis y plan

PTE CON TRAUMA SEVERO, ALTA COMPLEJIDAD, EN EL MOMENTO MUY ALGICO, CON SINDRME DEL MIEMBRO FANTASMA, EN MANEJO ANALGESICO Y PSICOLOGIA, ORTOPEDI, PSIQUIATRIA CONTINUA EN REHABILITACION PARA DESENSIBILIZACIÓN- SE LE INDICA RECLAMAR MEDICACION DADA POR PSIQUIATRIA _____ SE ANULA INCAPACIDAD, MEDICA, REINTEGRO EL 3 DE DIC 22. SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES DE SALUD-

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral Con recomendaciones temporales

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

S682-AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE DOS O MÁS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Resumen de conducta

Resumen de conducta Cita de control

Causa externa y finalidad

Causa externa Accidente de trabajo

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30235259
Nombre completo	PAMELA LORENA ARIAS MORALES	**Registro médico**	16259

Cita 8 , Tipo Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES **Fecha:** 20-12-2022 11:10 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-12-20 10:44
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	ARL
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Movilidad para llegar a la atención

Modo de trasporte Bus

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

CONTROL EXP 1610030852 AT: 06/08/2022 EMPRESA: MABE CARGO: OPERARIO DIAGNOSTICO: - TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL LATERALIDAD IZUIERDA DIESTRO UEN: 611 DIAS IT: 30 DIAS EVENTO TIPO QH: DEL 08-08-22 AL 10-08-22 VIVES EN MANIZALES, CASADO, HIJO: 1 , ESCOLARIDAD ADMINISTRACIO N FINANCIERA, DIESTRO PAT. HTA CONTROLADA, QX: SAFENECTOMIA, ALERGIAS PENICILIDAD, TRAMADOL, TOX NO. FURAT : SE ENCONTRABA PULIENDO UNAS MUESTRAS DE POLIURETANO SE LE VA LA MANO IZQUIERDA MOLIÉNDOLE LOS DEDOS. TRAUMA DE MANO IZQUIERDA CON LESIÓN DE DORSO DE DEDOS 2,3,4,5 Y PERDIDA DE LA UÑA DE 2 Y 5 DEDO, PERDIDA DE PIEL DE TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y DE FALANGES DISTALES DE 3 Y 4 DEDO. MANEJO EN LA CLINCA SANTILLANA, VALORACION POR EL DR LOPEZ, QUIEN ENCUNTRA TRAUMA SEVERO DE DEDOS, HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL. MANEJO QH: REMODELACION DE MUÑON DE 3ER Y 4 DEDO MAS ROTACION DE COLGAJO VOLAR, RECONSTRUCCION DE LECHO UNGUEAL DE 2DO Y 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA SIN COMPLICACIONES CONTROL CON FISIATRIA DR IGNACIO 158/11/22: AMPUTACIO N DE FALNGES DISTALES IIY IV MANO IZQ. MUÑONES SANOS CON HIPERSENIBILIDAD ESPECIALMENTE EL IV, LECHOS UNGUEALES CRUENTO, EN II Y V DOLOROSOS ALA PALPACION . CONTROL EN UN MES. +++++SUBJETIVO +++ INDICA QUE ESTA CON MUCHO DOLOR Y EDEMA EN LOS DEDOS, QUE AUMENTA EN LAS MAÑANAS, ESTA LABORANDO CON RESTRICCIONES, INDICA TEMBLOR AL REALIZAR FM, ASISTE POR MEDICACIÓN, ESA EN MANEJO CON PSICOLOGÍA Y TERAPIAS FÍSICAS.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	171 cm

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

Estado general del paciente	ESTADO GENERAL DEL PACIENTE QUE INGRESA SOLO A CONSULTA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN USO DE APOYO EXTERNO, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN APARENTE BUEN ESTADO GENERAL

Osteomuscular

Texto Osteomuscular	+++ MANO IZQUIERDA NO EDEMA, NO CALOR LOCAL, 2DO DEDO FLEXION Y EXTENSION, UÑA EN CRECMIENTO ELEVADA, SIN COSTRA, UÑA EN CRECIMIENTO, CON FM 4/5, 3ER, DEDO, MUÑON SANO CICATRIZADO, CON HIPERSENSIBILIDAD CON LEVE EDEMA MOVIL -4 CON CICATRIZACION DEL MUÑON DEDO MOVIL SIN LIMITACION PARA LA FLEXION COMPLETA CON HIPERSENSIBILIDAD, 5TO CON FLEXO-EXTENSION EN FALANGE DISTAL. CON HIPERSENSIILIDAD, REALIZA CIERRE DE COMPLETA, ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD HAY ADECUADA COLORACION Y TEMPERATURA.

Dispositivos de asistencia

Utiliza dispositivos de asisctencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia	No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta médico seguimiento integral ARL

Notas de análisis y plan

ANALISIS: PTE CON AMPUTACIO N DE LA FALANGE DISTAL DEL 3ER Y 4TO DEDO, EN EL MOMENTO MUY ALGICO, CON SINDRME DEL MIEMBRO FANTASMA, EN MANEJO ANALGESICO Y PSICOLOGIA, ORTOPEDI, PSIQUIATRIA CONTINUA EN REHABILITACION PARA DESENSIBILIZACIÓN. PROLERTUS TAB CADA 12 HORAS, SINALGEN CADA 12 HORAS. BEDOYECTA AMPOLLA IM. PREGABALINA 50 MG SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES DE SALUD. CONTINUAR CON MASAJES . MEDIOS FISICOS. CONTINUAR LABORANDO CON RESTRICCIONES-

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral	Con recomendaciones temporales

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

S682-AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE DOS O MÁS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Resumen de conducta

Resumen de conducta Cita de control

Causa externa y finalidad

Causa externa Accidente de trabajo

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30235259
Nombre completo	PAMELA LORENA ARIAS MORALES	**Registro médico**	16259

Cita 9 , Tipo Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES **Fecha:** 24-01-2023 11:39 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2023-01-24 10:43
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	ARL
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Movilidad para llegar a la atención

Modo de trasporte Bus

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

CONTROL PRESENCIAL CONTROL EXP 1610030852 AT: 06/08/2022 EMPRESA: MABE CARGO: OPERARIO DIAGNOSTICO: - TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL LATERALIDAD IZUIERDA DIESTRO UEN: 611 DIAS IT: 30 DIAS EVENTO TIPO QH: DEL 08-08-22 AL 10-08-22 VIVES EN MANIZALES, CASADO, HIJO: 1 , ESCOLARIDAD ADMINISTRACIO N FINANCIERA, DIESTRO PAT. HTA CONTROLADA, QX: SAFENECTOMIA, ALERGIAS PENICILIDAD, TRAMADOL, TOX NO.+++++ VALORACION POR EL DR LOPEZ, QUIEN ENCUNTRA TRAUMA SEVERO DE DEDOS, HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL. MANEJO QH: REMODELACION DE MUÑON DE 3ER Y 4 DEDO MAS ROTACION DE COLGAJO VOLAR, RECONSTRUCCION DE LECHO UNGUEAL DE 2DO Y 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA SIN COMPLICACIONES. REINTEGRADO CON RESTRICCIONES. +++++SUBJETIVO +++ INDICA QUE ESTA CON MUCHO FRIO EN LOS DEDOS, MOVILES, CON MEJORIA DEL DOLOR, LABORANDO EN EL MOMENTO.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	171 cm

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura	Clasificación de la temperatura
Axilar	Anormal

Estado general del paciente

Estado general del paciente	ESTADO GENERAL DEL PACIENTE QUE INGRESA SOLO A CONSULTA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN USO DE APOYO EXTERNO, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN APARENTE BUEN ESTADO GENERAL

Osteomuscular

Texto Osteomuscular	+++ MANO IZQUIERDA NO EDEMA, NO CALOR LOCAL, 2DO DEDO FLEXION Y EXTENSION, UÑA EN CRECMIENTO ELEVADA, SIN COSTRA, UÑA EN CRECIMIENTO, CON FM 4/5, 3ER DEDO, MUÑON SANO CICATRIZADO, CON HIPERSENSIBILIDAD NO LEVE EDEMA MOVIL -4 CON CICATRIZACION DEL MUÑON DEDO MOVIL SIN LIMITACION PARA LA FLEXION COMPLETA CON HIPERSENSIBILIDAD, 5TO CON FLEXO-EXTENSION EN FALANGE DISTAL. CON HIPERSENSIILIDAD, REALIZA CIERRE DE COMPLETA, ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD HAY ADECUADA COLORACION Y TEMPERATURA.

Dispositivos de asistencia

Utiliza dispositivos de asisctencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia	No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta médico seguimiento integral ARL

Notas de análisis y plan

+++ANALISIS: PTE CON AMPUTACION DE LA FALANGE DISTAL DEL 3ER Y 4TO DEDO, EN EL MOMENTO ALGICO, LABORANDO CON ADECAUDA EVOLUCION EN EL PROCESO, PLAN 1. PROLERTUS TAB CADA 12 HORAS, SINALGEN CADA 12 HORAS. BEDOYECTA AMPOLLA IM. PREGABALINA 50 MG, 2. PENDIENTE CITA CON ORTOPEDIA Y FISIATRIA, SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES DE SALUD. CONTINUAR CON MASAJES . MEDIOS FISICOS. CONTINUAR LABORANDO CON RESTRICCIONES-

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral	Está laborando

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

S682-AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE DOS O MÁS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Resumen de conducta

Resumen de conducta	Cita de control

Causa externa y finalidad

Causa externa	Accidente de trabajo
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30235259
Nombre completo	PAMELA LORENA ARIAS MORALES	**Registro médico**	16259

Cita 10 , Tipo Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES **Fecha:** 23-02-2023 12:08 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2023-02-23 11:37
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	ARL
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Movilidad para llegar a la atención

Modo de trasporte Bus

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

control

Enfermedad Actual

CONTROL PRESENCIAL , CONTROL PRESENCIAL CONTROL EXP 1610030852 AT: 06/08/2022 EMPRESA: MABE CARGO: OPERARIO DIAGNOSTICO: - TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL LATERALIDAD IZUIERDA DIESTRO UEN: 611 DIAS IT: 30 DIAS EVENTO TIPO QH: DEL 08-08-22 AL 10-08-22 VIVES EN MANIZALES, CASADO, HIJO: 1 , ESCOLARIDAD ADMINISTRACIO N FINANCIERA, DIESTRO PAT. HTA CONTROLADA, QX: SAFENECTOMIA, ALERGIAS PENICILIDAD, TRAMADOL, TOX NO.+++++ VALORACION POR EL DR LOPEZ, QUIEN ENCUNTRA TRAUMA SEVERO DE DEDOS, HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL. MANEJO QH: REMODELACION DE MUÑON DE 3ER Y 4 DEDO MAS ROTACION DE COLGAJO VOLAR, RECONSTRUCCION DE LECHO UNGUEAL DE 2DO Y 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA SIN COMPLICACIONES. REINTEGRADO CON RESTRICCIONES. +++++SUBJETIVO +++ INDICA QUE ESTA CON MUCHO FRIO EN LOS DEDOS, MOVILES, EN 2DO Y 5TO DEDO CON DOLOR EN LA UÑA PORQUE SE LE ENTIERRA LA UÑA, ESTA LABORANDO EN EL MOMENTO REUBICADO POR LA EMPRESA. INDICA QUE NO ESTA EN CONDICIONES PARA VOLVER A SU PUESTO HABITUAL.- ASISTE POR MEDICACION HABITUAL

Antecedentes Patológicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	171 cm

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

Estado general del paciente	BUENAS CONDICIONES DE SALUD ASISTE POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN AYUDA EXTERNA

Osteomuscular

Texto Osteomuscular	+++ MANO IZQUIERDA NO EDEMA, NO CALOR LOCAL, 2DO DEDO FLEXION Y EXTENSION, UÑA EN CRECMIENTO ELEVADA, SIN COSTRA, UÑA EN CRECIMIENTO, CON FM 4/5, 3ER DEDO, MUÑON SANO CICATRIZADO, CON HIPERSENSIBILIDAD NO LEVE EDEMA MOVIL -4 CON CICATRIZACION DEL MUÑON DEDO MOVIL SIN LIMITACION PARA LA FLEXION COMPLETA CON HIPERSENSIBILIDAD, 5TO CON FLEXO-EXTENSION EN FALANGE DISTAL. CON HIPERSENSIILIDAD. ALTERACION DE LA UÑA.

Dispositivos de asistencia

Utiliza dispositivos de asisctencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia	No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta médico seguimiento integral ARL

Notas de análisis y plan

+++ANALISIS: PTE CON AMPUTACION DE LA FALANGE DISTAL DEL 3ER Y 4TO DEDO, EN EL MOMENTO ALGICO, LABORANDO CON ADECAUDA EVOLUCION EN EL PROCESO, PLAN. 1.SINALGEN CADA 12 HORAS POR 30 DIAS. PIROXICAM GEL CADA 12 HORAS. 2. ORTOPEDIA DE MANO DR LOPEZ DIO ALTA. 3. SE PASA PCL, SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES DE SALUD. CONTINUAR CON MASAJES . MEDIOS FISICOS. CONTINUAR LABORANDO CON RESTRICCIONES-

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral	Está laborando

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

S682-AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE DOS O MÁS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Resumen de conducta

Resumen de conducta	Cita de control

Causa externa y finalidad

Causa externa	Accidente de trabajo
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30235259
Nombre completo	PAMELA LORENA ARIAS MORALES	**Registro médico**	16259

Cita 11 , Tipo Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES **Fecha:** 30-03-2023 11:31 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2023-03-30 10:51
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068932610	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	ARL
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Movilidad para llegar a la atención

Modo de trasporte Bus

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

CONTROL PRESENCIAL CONTROL EXP 1610030852 AT: 06/08/2022 EMPRESA: MABE CARGO: OPERARIO DIAGNOSTICO: - TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL LATERALIDAD IZQUIERDA DIESTRO UEN: 611 DIAS IT: 30 DIAS EVENTO TIPO QH: DEL 08-08-22 AL 10-08-22 VIVES EN MANIZALES, CASADO, HIJO: 1 , ESCOLARIDAD ADMINISTRACIO N FINANCIERA, DIESTRO PAT. HTA CONTROLADA, QX: SAFENECTOMIA, ALERGIAS PENICILIDAD, TRAMADOL, TOX NO.+++++ VALORACION POR EL DR LOPEZ, QUIEN ENCUNTRA TRAUMA SEVERO DE DEDOS, HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL. MANEJO QH: REMODELACION DE MUÑON DE 3ER Y 4 DEDO MAS ROTACION DE COLGAJO VOLAR, RECONSTRUCCION DE LECHO UNGUEAL DE 2DO Y 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA SIN COMPLICACIONES. REINTEGRADO CON RESTRICCIONES. 16. MARZO 23 STAFF MEDICO : PACIENTE CON AMPUTACION TRAUMATICA PARCIAL DE TERCER O CUARTO DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA, EN EL MOMENTO CON BUENA EVOLUCION CLINICA. NO SIGNOS DE INFECCIONES. SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUE DEBE DE DEJAR USANDO LOS DEDALES Y DEBE EMPEZAR DESENSIBILIZACION DE LOS MUÑONES, ESTA AUTORIZADO PARA UTILIZAR LOS DEDOS, AGARRAR OBJETOS. Y SE LE DAN RECOMENDACIONES. SE AJUSTA HORARIO DE MEDICAMENTOS Y A TOLERANCIA DE LOS MISMOS. ACTUALMENTE COMO YA SE HA DICHO SE BENEFICIA DE LA DESENSIBILIZACION DE LOS MUÑONES, MEJORANDO LA PROPIOCEPCION, POR AHORA NO HAY INDICACION DE LA UTILIZACION DE PROTESIS DIGITALES. NO HAY INDICACION TECNICA MEDICA PARA DAR INCAPACIDADES. +++++SUBJETIVO +++ INDICA QUE ESTA CON MUCHO FRIO EN LOS DEDOS, MOVILES, EN 2DO Y 5TO DEDO CON DOLOR EN LA UÑA PORQUE SE LE ENTIERRA LA UÑA SE COLOCO UNOS ALGODONES DEBAJO DE LA UÑA, ESTA LABORANDO EN EL MOMENTO REUBICADO POR LA EMPRESA. EN EL MOMENTO EN TERAPIAS OCUPACIONALES INICIA EL 5 DE ABRIL 23 Y CITA CON PSIQUIATRIA EL 28 D ABRIL 23. EN MANEJO CON ARL SURA CON SINALGEN Y PIROXICAM, PREGABALINA, DULOXETINA 60 MG CADA MAÑANA. HAY TOLERANCIA DEL MEDICAMENTO.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE

DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	170 cm

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

Estado general del paciente	PACIENTE CON BUENAS CONDICIONES DE SALUD ASISTE POR SUS PROPIOS MEDIOS

Osteomuscular

Texto Osteomuscular	+++ MANO IZQUIERDA NO EDEMA, NO CALOR LOCAL, 2DO DEDO FLEXION Y EXTENSION, UÑA EN CRECMIENTO, CON ALGODONES DEBAJO DE LA UÑA, CON DOLOR, UÑA EN CRECIMIENTO, CON FM 4/5, CON DOLOR EN PULEJO, 3ER DEDO, MUÑON SANO CICATRIZADO, CON HIPERSENSIBILIDAD , LEVE EDEMA MOVIL -4 CON CICATRIZACION DEL MUÑON DEDO MOVIL SIN LIMITACION PARA LA FLEXION COMPLETA CON HIPERSENSIBILIDAD, ADECUADA COLORACION, 5TO CON FLEXO-EXTENSION EN FALANGE DISTAL. CON HIPERSENSIILIDAD. CONALGODON DEBAJO D ELA UÑA PARA EVITAR Q SE ENTIERRE, ADECUADA COLORACION PERFUNSION DISTAL.

Dispositivos de asistencia

Utiliza dispositivos de asisctencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia	No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa

Tipo atención Consulta médico seguimiento integral ARL

Notas de análisis y plan

+++ANALISIS: PTE CON AMPUTACION DE LA FALANGE DISTAL DEL 3ER Y 4TO DEDO, EN EL MOMENTO ALGICO, LABORANDO CON ADECAUDA EVOLUCION EN EL PROCESO, PLAN. 1.SINALGEN CADA 12 HORAS POR 30 DIAS. PIROXICAM GEL CADA 12 HORAS. 2. EN TERAPIAS OCUPACIONALES INICIO 5 DE ABRIL 23, 3. CONTINUA CON PSIQUIATRIA CONTROL EL 28 DE ABRIL 23, PENDIENTE CONTROL JUAN DAVID CX PLASTICO EN EL MES DE MAYO 23- SE DA MANEJO CON SINALGEN Y PIROXICAM, PREGABALINA 75MG. PROCICAR NF PARA 60 DIAS. SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES DE SALUD

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral Está laborando

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

S682-AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE DOS O MÁS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Resumen de conducta

Resumen de conducta Cita de control

Causa externa y finalidad

Causa externa Accidente de trabajo

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30235259
Nombre completo	PAMELA LORENA ARIAS MORALES	**Registro médico**	16259

Cita 12 , Tipo Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES **Fecha:** 16-05-2023 11:47 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS

Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2023-05-16 11:18
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068932610	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	ARL
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Movilidad para llegar a la atención

Modo de trasporte Bus

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

CONTROL PRESENCIAL CONTROL EXP 1610030852 AT: 06/08/2022 EMPRESA: MABE CARGO: OPERARIO DIAGNOSTICO: - TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL LATERALIDAD IZQUIERDA DIESTRO UEN: 611 DIAS IT: 30 DIAS EVENTO TIPO QH: DEL 08-08-22 AL 10-08-22 VIVES EN MANIZALES, CASADO, HIJO: 1 , ESCOLARIDAD ADMINISTRACIO N FINANCIERA, DIESTRO PAT. HTA CONTROLADA, QX: SAFENECTOMIA, ALERGIAS PENICILIDAD, TRAMADOL, TOX NO.+++++. MARZO 23 STAFF MEDICO : PACIENTE CON AMPUTACION TRAUMATICA PARCIAL DE TERCER O CUARTO DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA, EN EL MOMENTO CON BUENA EVOLUCION CLINICA. NO SIGNOS DE INFECCIONES. SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUE DEBE DE DEJAR USANDO LOS DEDALES Y DEBE EMPEZAR DESENSIBILIZACION DE LOS MUÑONES, ESTA AUTORIZADO PARA UTILIZAR LOS DEDOS, AGARRAR OBJETOS. Y SE LE DAN RECOMENDACIONES. SE AJUSTA HORARIO DE MEDICAMENTOS Y A TOLERANCIA DE LOS MISMOS. ACTUALMENTE COMO YA SE HA DICHO SE BENEFICIA DE LA DESENSIBILIZACION DE LOS MUÑONES, MEJORANDO LA PROPIOCEPCION, POR AHORA NO HAY INDICACION DE LA UTILIZACION DE PROTESIS DIGITALES. NO HAY INDICACION TECNICA MEDICA PARA DAR INCAPACIDADES. +++ VALORACION POR CX PLASTICA JUAN DAVID HOYOS 09/05/23 ACIENTE 9 MESES DE EVOLUCION, ADECUADA EVOLUCION, ACTUALMENTE CON DIESTESIAS EN DEDOS LARGOS DE MANO IZQUIERDA CON MEJORIA LEVE COMPARATIVA, ADECUADA EVOLUCION CON TERAPIA OCUPACIONAL ACTUALMENTE EN CONJUNTO CON PACIENTE SE ESPERA EVOLUCION CONTINUA TERAPIA OCUPACIONAL, SS RX MANO IZQUIERDA ENFASIS D3 D4 A DESCARTA ESPICAS OSEAS, CUIDADOS, RECOMENDACIONES, CONTINUA ACTIVIDAD LABORAL ACTUAL CON RESTRICCIONES, CONTROL. PLAN: TERAPIA OCUPACIONAL # 15 SESIONES. RECUPERAR AMAS, SEDATIVA, ANTIEDEMA MASAJE SOBRE CICATRICES CREMA HUMECTANTE CUIDADOS, RECOMENDACIONES CONTINUA USO DE CAPSAICINA CONTINUA RESTRICCIONES LABORAL CITA CONTROL CX DE MANO EN 2 MES CON RX ENFASIS D3 Y D4 MANO IZQUIERDA VALORACIO POR PSIQUIATRIA EL 28 DE ABRIL 23: PACIENTE CON MAYOR MODULACIÓN DE SINTOMAS AFECTIVOS, SE DISMINUYO (NO POR PSIQUIATRÍA) DOSIS DE PREGABALINA CON LO CUAL HA TENIDO INSOMNIO DE DESPERTAN TEMPRANO, AJUSTO DOSIS A 100MG, CONTINUAMOS DULOXETINA, PSICOEDUCACIÓN INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES CONTROL EN 3 MESES POR PSIQUIATRÍA +++++SUBJETIVO +++ ¿ INDICA QUE ESTA CON MUCHO FRIO EN LOS DEDOS, MOVILES, EN 2DO Y 5TO DEDO, INDICA QUE HA MEJORADO LA SENSIBILIDAD DEL 5TO DEOD DE LA MANO IZQUIERDA ESTA LABORANDO EN EL MOMENTO REUBICADO POR LA EMPRESA. EN EL MOMENTO EN TERAPIAS OCUPACIONALES, EN MANEJO CON ARL SURA CON SINALGEN Y PIROXICAM

Antecedentes Patológicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa

Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla 170 cm

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca 80 lpm **Frecuencia respiratoria** 80 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

Estado general del paciente ESTADO GENERAL DEL PACIENTE QUE INGRESA SOLO A CONSULTA, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN APARENTE BUEN ESTADO GENERAL

Osteomuscular

Texto Osteomuscular +++ MANO IZQUIERDA NO EDEMA, NO CALOR LOCAL, 2DO DEDO FLEXION Y EXTENSION, UÑA EN CRECMIENTO, UÑA EN CRECIMIENTO, CON FM 4/5, CON DOLOR EN PULEJO, 3ER DEDO, MUÑON SANO CICATRIZADO, CON HIPERSENSIBILIDAD , LEVE EDEMA MOVIL -4 CON CICATRIZACION DEL MUÑON DEDO MOVIL SIN LIMITACION PARA LA FLEXION COMPLETA CON HIPERSENSIBILIDAD, ADECUADA COLORACION, 5TO CON FLEXO-EXTENSION EN FALANGE DISTAL. CON LEVE HIPERSENSIILIDAD. ADECUADA COLORACION PERFUNSION DISTAl

Dispositivos de asistencia

Utiliza dispositivos de asisctencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta médico seguimiento integral ARL

Notas de análisis y plan

n: +++ANALISIS: PTE CON AMPUTACION DE LA FALANGE DISTAL DEL 3ER Y 4TO DEDO, EN EL MOMENTO ALGICO, LABORANDO CON ADECAUDA EVOLUCION EN EL PROCESO, PLAN. 1.SINALGEN CADA 12 HORAS POR 30 DIAS. PIROXICAM GEL CADA 12 HORAS. BEDOYECTA AMPOLLA. 2. CONTINUA EN TERAPIAS OCUPACIONALES, 3. PENDIENTE CONTROL JUAN DAVID CX PLASTICO EN EL MES JULIO 23 - SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES DE SALUD.

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral	Está laborando

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

S682-AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE DOS O MÁS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Resumen de conducta

Resumen de conducta	Cita de control

Causa externa y finalidad

Causa externa	Accidente de trabajo
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30235259
Nombre completo	PAMELA LORENA ARIAS MORALES	**Registro médico**	16259

Cita 13 , Tipo Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Profesional: LINA JOHANA OCAMPO DUQUE **Fecha:** 11-08-2023 07:54 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico Seguimiento Integral ARL

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2023-08-11 07:37
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133

Extensión	8754184	**Plan**	ARL
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Movilidad para llegar a la atención

Modo de trasporte Bus

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

" por los medicamentos"

Enfermedad Actual

control presencial paciente de 48 años de edad en manejo por exp 1610030852 at: 06/08/2022 diestro empresa: mabe cargo: operario reubicado dx cie 10 s682 ammputacion traumatica de 2 o mas dedos de la mano dx clínico trauma severo de dedos - heridas dedos de la mano con daños de las uñas - amputación traumática de 2 dedos de la mano parcial izquierda días de it registrados 99 dias hasta 12 11 2022 /// mec trauma atrapamiento de mano izuqierda por maquina con rodillo //// ultimo control por dr juan david hoyos cx plástico el 09 05 2023 cito a control a los 2 meses, no ha solicitado la consulta, termino terapia ocupacional, esta en manejo con acetaminofén+ hidrocodona 10 mg cada 12 horas hidroxicobalamina im y piroxicam gel. /// subjetivo/// refiere se automedica con capsaicina tópica en los muñones de 3 y 4 dedo mano izuqierda por dolor local, refiere mejoría con el medicamento, indica que mejora de las funciones d ela mano izuqierda con la terapia ocupacional. acude por formulación /// recibe pro parte d epsiquiatria de eps duloxetina quetiapina y pregabalina

Ingreso de Resultados Ayudas Dx

Fecha	Prueba o examen	Resultado	Observación
09-08-2023	Radiografía De Dedos De La Mano	izquierda	amputacion de la cabeza de la falange distal del tercer y cuarto dedos incluyendo los pulpejos y pacas ungueales adyacentes fractura con desprendimiento esecundario d epequeños fragmentos oseos desde la cabea de las falanges distales de 2 y 5 dedos

Antecedentes Patológicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa

Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla 170 cm

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca 74 lpm **Frecuencia respiratoria** 16 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

Estado general del paciente paciente que ingresa solo a consulta, caminando por sus propios medios, sin uso de apoyo externo, hidratado afebril sin signos de dificultad respiratoria en aparente buen estado general

Osteomuscular

Texto Osteomuscular mano izuqierda sin edema o eritema 2 dedo con cicatriz sana dolor a la palapcion del pulpejo ama completos, 3 y 4 dedos con muñones de amputacion sanos con hipersensibilidad a la palpacion local obre todo en

Dispositivos de asistencia

Utiliza dispositivos de asisctencia OBSERVACION

Utiliza dispositivos de asistencia No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta médico seguimiento integral ARL

Notas de análisis y plan

paciente con t del 06 08 2022 trauma severo mano izuqierda no dominante con fractura de dedos 2 y 5 y amputacion parcial de 3 y 4 dedos manejo quirurgico, reubicado laboralmente, sin signos de complicacion actalmente en manejo pro cx plastica, no haa solicitado la cita, se indica solciitarla a traves d ela linea o directamnete con prestador, se reformula manejo medico por 3 meses. Puede continuar laborando reubicado.

Informacion de seguimiento

¿El paciente requiere seguimiento? No

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral Está laborando

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

S682-AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE DOS O MÁS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico

Resumen de conducta

Resumen de conducta Cita de control

Causa externa y finalidad

Causa externa Accidente de trabajo

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30234680
Nombre completo	LINA JOHANA OCAMPO DUQUE	**Registro médico**	30234680

Programa Cronicos - HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Profesional: JULIANA BARRAGAN CABEZAS **Fecha Inicio:** 17-02-2022 01:02 PM **Sesiones Realizadas:** 5

Cita Ingreso programa - hipertensión arterial

Profesional: JULIANA BARRAGAN CABEZAS **Fecha:** 17-02-2022 01:02 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Ingreso programa - hipertensión arterial

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-02-17 12:25
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

"CONTROL RCV"

Enfermedad Actual

SE ATIENDE PACIENTE UTILIZANDO TODO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD, UTILIZANDO TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ENTREGADOS POR LA IPS, DE ACUERDO A PROTOCOLO INSTISTUCIONAL Y CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCION, DIAGNOSTICO Y MANEJO DE INFECCIONES POR SRASR COV2 COVID 19 EN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD PACIENTE DE 47 AÑOS, PROCEDENTE DE MANIZALES VIVE EN EL BARRIO LA CUMBRE CRA 8 # 58 B 19 VIVE CON SU ESPOSA Y SU HIJO ES EMPELADO EN MABE. SE REALIZA CONSULTA PARA CONTROL DE SUS PATOLOGIAS CRONICAS. ANTECEDENTE DE CLORTALIDONA 12,5 MGX1 TELMISARTAN 40 MG X1 REFIERE BUENA ADHERENCIA AL MANEJO FARMACOLOGICO, NO OMISION DE DOSIS, TOMA SEGUN INDICADA, NO RAM, REFIERE ENCONTRARSE ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR, NIEGA CEFALEA, NIEGA DOLOR TORACICO, NIEGA DISNEA, NIEGA PALPITACIONES, NIEGA EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, NIEGA HOSPITALIZACIONES RECIENTES. PARACLINICOS Microalbuminaria 4.00. RAC 4.7. Hematocrito 49.9. Hemoglobina 16.7. HDL 35.0. Colesterol Total 200. Glucosa 78. Triglic¿ridos 238. Creatinina 0.86. PO NORMAL SE EDUCA SOBRE TOMA DE PRESION ARTERIAL AMBULATORIA. ** HABITOS NUTRICIONALES: ENDULZA CON PANELA Y AZUCAR , TOMA AGUA DE PANELA, USA POCA SAL, MODERADO CONSUMO DE GRASAS Y HARINAS, BUEN CONSUMO DE VERDURAS Y FRUTAS, TOMA 1 CAFES DIA. ** NO FUMA, NO CONSUMO DE LICOR ** NO HACE ACTIVIDAD FISICA ** VAL. POR OFTALMOLOGIA PTE, NUTRICION.

Revisión por sistemas

Informacion Antecedente General

RXS: NIEGA MAREOS, NIEGA DESMAYOS, NIEGA CEFALEA, NIEGA POLIDIPSIA, NIEGA POLIUREA, NIEGA POLIFAGIA, NIEGA EPISTAXIS, NIEGA SINTOMAS URINARIOS Y GASTROINESTIANLES, NIEGA DOLOR EN EL PECHO O EN LABOCA DEL ESTOMAGO, NIEGA PALPITACIONES, NIEGA EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, NIEGA ORTOPNEA, NIEGA DISNEA PAROXISTICA NOCTURNA, NIEGA EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, NIEGA CLAUDICACION.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Resultados Laboratorio

Examen colesterol total

Examen colesterol total	200 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Admisible		

Examen HDL

Examen HDL	35 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Inadecuado		

Examen triglicéridos

Examen triglicéridos	238 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Alto		

Examen LDL

Examen LDL	117.40 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Alto		

Examen creatinina

Examen creatinina	0.86 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Adecuado		

Examen glicemia central en ayunas

Examen glicemia central en ayunas	78 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Adecuado		

Examen ácido úrico

Examen ácido úrico	5.51 mg/dL	**Fecha**	17-02-2021

Examen TSH

Examen TSH	1.3 uUI/mL	**Fecha examen TSH**	03-07-2020

Examen Hemoglobina Serica

Examen Hemoglobina Serica	16.7 g/l	**Fecha**	26-08-2021

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	88 kg	**Talla**	168 cm
IMC	31.18	**Clasificación**	Obesidad tipo I
Perímetro abdominal	104		

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	60 lpm	**Frecuencia respiratoria**	20 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Saturación de oxígeno sin oxígeno
36 °C	Axilar	94 %

Estado general del paciente

PACIENTE CONCIENTE ORIENTADO HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN OLORES NI MOVIMIENTOS ANORMALES SIN ALTERACIONES EN LA MARCHA NI EN EL HABLA EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD.

Cabeza y Cuello

NORMOCEFALO SIN ASIMETRIA FACIAL PINR CONJUNTIVAS ANICTERICAS SIN INYECCION CONJUNTIVAL MOVILIDAD OCULAR NORMAL NO SE REALIZA FONDO DE OJO FOSAS NASALES PERMEABLES SIN SECRESIONES MUCOSA ORAL HUMEDA Y ROSADA OROFARINGE SANA OIDOS SIN ALTERACIONES CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS TIROIDES NO PALPABLE SIN INGURGITACION YUGULAR SIN SOPLANTES CAROTIDEOS

Tórax

TORAX SIMETRICO SIN TIRAJES NI RETRACCIONES NORMOEXPANSIBLE CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAGREGADOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLANTES SINCRONISMO CON EL PULSO.

Gastrointestinal

ABDOMEN PERISTALTISMO AUDIBLE SIN SOPLANTES PERIUMBILICALES BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN MASAS SIN MEGALIAS SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

Neurológico

NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES SIN MENINGISMO

Vascular periférico

EXTREMIDADES MOVILES SIN EDEMA LLENADO CAPILAR EN 2 SEG ROT ++/++++ PULSOS DISTALES PALPABLES SENSIBILIDAD DISTAL CONSERVADA

Calculadora Riesgo Cardiovascular

Variables utilizadas

Datos básicos

Edad en años	47	**Sexo**	Masculino
Raza	Mestizo		

Antecedentes

¿Paciente tiene alguno de los siguientes antecedentes?	Hipertensión arterial Hiperlipidemia mixta
¿Paciente con algún familiar diabético?	No

Hábitos y estilos de vida

¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?	Todos los días	**¿Paciente Fuma?**	No

Exámen físico

Peso	88 kg	**Estatura**	168 cm
Perímetro abdominal	104 cm	**Presión arterial sistólica**	120 mmHg
Presión arterial diastólica	80 mmHg		

Medicamentos y ayudas diagnósticas

Medicamentos

¿Toma medicación para la hipertensión?	Si	**¿Alguna vez el paciente ha tenido valores altos de glucosa? percepción del paciente**	No
Colesterol HDL	35 mg/dL	**Fecha realización**	26-08-2021
Colesterol Total	200 mg/dL	**Fecha realización**	26-08-2021
Creatinina serica	0.86 mg/dL	**Fecha realización**	26-08-2021
Triglicéridos	238 mg/dL	**Fecha Realización**	26-08-2021
Glicemia	78 mg/dL	**Fecha Realización**	26-08-2021

Riesgo de peso

Resultados riesgo de Peso

IMC calculada riesgo de peso	31.18	**Interpretación riesgo de peso**	Obesidad Tipo 1

Riesgo cardiovascular OMS

Resultados Riesgo cardiovascular - Estratificación OMS

Diabetes	No	**Edad**	< 50 años
Sexo	Masculino	**Fuma**	No
P. Sistólica	Entre 120 - 139		

Interpretación Resultados Riesgo Cardiovascular - Estratificación OMS

Porcentaje RCV OMS	< 10 %	**Interpretación RCV OMS**	Riesgo Bajo

Escala Framingham

Resultados Framinghan

Edad	Entre 45 - 49 .Puntos: 3	**Colesterol Total**	200-239 .Puntos: 5
HDL	< 40 .Puntos: 2	**Fuma**	No .Puntos: 0
P. Arterial sistólica	120 - 129 .Puntos: 1	**Tratamiento Anti-HTA**	Si
Género	Masculino		

Interpretación Resultados

Puntos escala framingham	11	**Factor corrección colombia framingham**	0.75
Porcentaje escala framingham	6 %	**Interpretación riesgo según escala de Framingham**	Riesgo Moderado

Riesgo Nhanes

Resultados Nhanes

Sexo	Masculino	**Diabetes**	No
Fuma	No	**Edad**	Entre 45 y 54 años
Presión arterial sistólica	120	**IMC**	31.18

Interpretación de resultados Nhanes

Interpretación riesgo posible a 5 años según Nhanes	Bajo 5-10% Posible a 5 años

Riesgo Metabólico

Resultados Riesgo Metabólico

Sexo	Masculino	**Edad**	Entre 10 y 65
IMC	Mayor a 30	**Perímetro abdominal**	Mayor o igual 90
Presión sistólica	Menor o igual a 130	**Presión diastólica**	Menor o igual a 85
Resultado triglicéridos	Mayor o igual a 150	**Resultado colesterol HDL**	Menor a 40
Resultado glicemia	Menor o igual a 100	**Antecedentes**	Hipertensión arterial,Hiperlipidemia mixta

Interpretación Resultados Riesgo Metabólico

Interpretación riesgo metabólico según federación internacional de diabetes	Posible riesgo metabólico

Envejecimiento renal 83 ml/min

Fórmula Cockcroft Gault

Resultados Cockcroft Gault

Sexo	Masculino	**Edad**	47
Peso	88 kg	**Creatinina**	0.86 mg/dL

Interpretación Resultados Cockcroft Gault

Filtrado glomerular Cockcroft Gault	132.17 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Fórmula CKD EPI

Resultados CKD EPI

Sexo	Masculino	**Edad**	47
Raza	Mestizo	**Creatinina**	0.86 mg/dL

Interpretación Resultados CKD EPI

Filtrado glomerular CKD EPI	103.26 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Fórmula MDRD

Resultados MDRD

Sexo	Masculino	**Edad**	47
Raza	Mestizo	**Creatinina**	0.86 mg/dL

Interpretación Resultados MDRD

Filtrado glomerular MDRD	101.31 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días	Nueva gestión
14-01-2022	Finalizado	6	No

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Información gestión secuela postcovid

¿El paciente tiene una posible secuela postcovid?	No

Programa	Programa Crónicos	**Tipo atención**	Ingreso médico general - Crónicos

Notas de análisis y plan

SE TRATA DE PACIENTE DE 47 AÑOS, ANTECEDENTE DE CLORTALIDONA 12,5 MGX1 TELMISARTAN 40 MGX1 REFIERE BUENA ADHERENCIA AL MANEJO FARMACOLOGICO, ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR, SE DECIDE RENOVACION DE RAF SE SOLICITAN EXAMENES Y VAL VISUAL, PACIENTE VALORADO POR OTORRINO EL 2/2/22 TAC DE SENOS PARANASALES QUE MUESTRA DESVIACION SEPTAL A DERECHA HIPERTROFIA DE CORNETES INFERIROES SIGNOS DE SINUSONOPANIA MAXILA DERECHA TRAE LECTURA DE CPAP CON ADECUADA ADAPTACION INDICA MANEJO CON CIPROFLOXACINA 500X2 X 10 DIAS RESTRICICONES DE AMBIENTES HUMEDOS POR APNEA DEL SUEÑO DEBE TENER RESTRICCION DE HORARIOS NOCTURNOS O MANEJO DE MAQUINARIA YA QUE LOS MICROSUEÑOS LE PUEDEN GENERAR UN ACCIDENTE SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS CLAROS DE ALARMA. SE AGENDA CONTROL 2022/05/25 07:06 INTERCONSULTAS SAS (SEDE 1) LABORATORIO TOMA DE MUESTRA MEJIA RIVERA YUDY LORENA 2022/06/06 08:00 INTERCONSULTAS SAS (SEDE 1) CONTROL POR MEDICO -HIPERTENSION ARTERIAL SOLARTE MEJIA ABDIEL MILOVAN

Notas de expectativas y metas	RECOMENDACIONES RIESGO CARDIOVACULAR: DIETA BALANCEADA RICA EN PROTEINAS LIQUIDOS FRUTAS Y VERDURAS, DISMINUIDA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL TABACO O SPA, EJERCICIO FISICO AEROBICO FRECUENTE MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES, PROTECCION SOLAR, BUENOS HABITOS DEL SUEÑO, RECREACION E INTEGRACION FAMILIAR. SIGNOS DE ALARMA: CEFALEA INTENSA, ALTERACIONES DE LA VISION, EPISTAXIS, TINNITUS , DOLOR EN EL PECHO, PALPITACIONES, SENSACION DE AHOGO, EPIGATRALGIA INTENSA, EDEMA EN MIEMBROS. RECOMENDACIONES COVID 19: MEDIDAS DE PROTECCIÓN BÁSICAS CONTRA INFECCIONES VIRALES: CUIDE SU SALUD Y PROTEJA A LOS DEMÁS A TRAVÉS DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS: LAVESE LAS MANOS FRECUENTEMENTE: PUEDE SER CON UN DESINFECTANTE DE MANOS A BASE DE ALCOHOL O CON AGUA Y JABÓN. ADOPTE MEDIDAS DE HIGIENE RESPIRATORIA: AL TOSER O ESTORNUDAR, CÚBRASE LA BOCA Y LA NARIZ CON EL CODO FLEXIONADO O CON UN PAÑUELO; TIRE EL PAÑUELO INMEDIATAMENTE Y LÁVESE LAS MANOS CON UN DESINFECTANTE DE MANOS A BASE DE ALCOHOL, O CON AGUA Y JABÓN. SI USTED ESTORNUDA O TOSE CUBRIÉNDOSE CON LAS MANOS PUEDE CONTAMINAR LOS OBJETOS O LAS PERSONAS A LOS QUE TOQUE. MANTENGA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL: MANTENGA AL MENOS 2 METROS (6 PIES) DE DISTANCIA ENTRE USTED Y LAS DEMÁS PERSONAS, PARTICULARMENTE AQUELLAS QUE TOSAN, ESTORNUDEN Y TENGAN FIEBRE. EVITE COMPARTIR ARTÍCULOS DE USO PERSONAL (TELÉFONOS, COMPUTADORES...) EVITE TOCARSE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA. INFORMATE EN FUENTES CONFIABLES: MINISTERIO DE SALUD, OMS. LIMPIA Y DESCONTAMINA OBJETOS Y SUPERFICIES. VENTILA TU CASA Y LAS ÁREAS DE TRABAJO CADA VEZ QUE SEA POSIBLE CUANDO CONSULTAR A LA IPS: - FIEBRE CUANTIFICADA (MAYOR O IGUAL A 38 GRADOS) POR MÁS DE DOS DIAS - RESPIRACIÓN MÁS RÁPIDA DE LO NORMAL - DECAIMIENTO DEL ESTADO GENERAL EN FORMA RÁPIDA - SI EL PECHO LE SUENA O LE DUELE RESPIRAR -SOMNOLENCIA O DIFICULTAD PARA DESPERTAR

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

I10X-HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	Detección de alteraciones del adulto

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1053817077
Nombre completo	JULIANA BARRAGAN CABEZAS	**Registro médico**	1053817077

Cita 1 , Tipo Control programa - hipertensión arterial

Profesional: ABDIEL MILOVAN SOLARTE MEJIA **Fecha:** 06-06-2022 08:22 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control programa - hipertensión arterial

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-06-06 07:55
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

CONTROL MEDICO RCV

Enfermedad Actual

SE ATIENDE PACIENTE CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ENTREGADOS POR LA IPS, DE ACUERDO A PROTOCOLO INSTISTUCIONAL Y CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCION, DIAGNOSTICO Y MANEJO DE INFECCIONES POR SARS COV2 COVID 19 EN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD - - PACIENTE QUE ASISTE A CONTROL MEDICO DE RCV, EN GENERAL ESTABLE, EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA POR TRANSTONO DE LA ROTULA, CON TAC DE PATELA 8 MAR 2022: AUMENTO E LOS NGULOS DE LOS SURCOS TROCELEARIS SIN OTRAS ALTERAIONS - - ORTOPEDIA SUGIERE CONDUCTA QUIRURGICA , PACIENTE ESTA DUBITATIVO ANTE LA DECISION, SOLICITA SEGUNDA OPINION ORTOPEDICA - - - - SIN APARENTE FIEBRE, DOLOR, TOS, NI SINTOMAS URINARIOS, RESPIRATORIOS, NI GASTROINTESTINALES ADICIONALES, SIN APARENTE NEXO EPIDEMIOLOGICO, NO REALIZA EJERCICIO , CON DIETA HIPOSODICA, HIPOGRASA,HIPOGLUCIDA, SIN APARENTES TRANSGRESIONES ---------- REPORTE DE EKG MAYO 2022: EJE EN IV CUADRANTE -10° SIN APARENTES CAMBIOS EN LA ONDA T NI EN EL ST, BUENA PROGRESION R EN PRECORDIALES, RTMO SINUSAL FC 56 LPM ---------- EXAMENES: MAYO 2022: PSA 0.51 MENOR DE UNO - - MICROALB 13.1 RELACION A-C 12.4 <30 NORMAL - - HTO 49.8 HB 15.9 NORMAL - - - HDL 40 CT 176 TG 101 - - - GLUCOSA 92 NORMAL - - CREAT 0.80 NORMAL - - - P DE O NORMA - - VSG 14 PCR <6 FAC RUMATOIDEO <8 NEGATIVO - - AC URICO 4.9 NORMAL ---------- ALERG: SIN ANTECEDENES - - MED: CLORTALIDONA 12,5 MGX1 TELMISARTAN 40 MG X1 - - PAT: HTA - - TOX: NIEGA LICOR NI CIGARRILLO - - HOSP: NIEGA RECIENTES - - - QX: SAFENECTOMIA DERECHA , PREPUCIOPLASTIA , LUNAR OJO DERECHO - - - TRABAJA: EMPLEADO MABE - CASADO VIVE CON PAREHJA CRA 8 # 58 B 19 LA CUMBRE

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Resultados Laboratorio

Examen colesterol total

Examen colesterol total	176 mg/dL	**Fecha**	25-05-2022
Alerta	Adecuado		

Examen HDL

Examen HDL	40 mg/dL	**Fecha**	25-05-2022
Alerta	Adecuado		

Examen triglicéridos

Examen triglicéridos	101 mg/dL	**Fecha**	25-05-2022
Alerta	Adecuado		

Examen LDL

Examen LDL	115.80 mg/dL	**Fecha**	25-05-2022
Alerta	Alto		

Examen creatinina

Examen creatinina	0.80 mg/dL	**Fecha**	25-05-2022
Alerta	Adecuado		

Examen glicemia central en ayunas

Examen glicemia central en ayunas	92 mg/dL	**Fecha**	25-05-2022
Alerta	Adecuado		

Examen ácido úrico

Examen ácido úrico	4.96 mg/dL	**Fecha**	25-05-2022

Examen TSH

Examen TSH	1.30 uUI/mL	**Fecha examen TSH**	03-07-2020

Examen Hemoglobina Serica

Examen Hemoglobina Serica	15.9 g/l	**Fecha**	25-05-2022

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	87 kg	**Talla**	171 cm
IMC	29.75	**Clasificación**	Sobrepeso
Perímetro abdominal	99		

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	78 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura
36.5 °C	Axilar

Estado general del paciente

APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, DEAMBULA POR SUS PROPIOS MEDIOS

Cabeza y Cuello

ORGANOS DE LOS SENTIDOS SIN APARENTES ALTERACIONES, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS

Tórax

RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR LIMPIO SIN HIPOVENTILACIONES, SIN TIRAJES NI RETRACCIONES

Gastrointestinal

ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO, BLANDO, NO MASAS, NO DOLOROSO, PERISTALTISMO PRESENTE

Osteomuscular

SIN APARENTES ALTERACIONES, SIN LIMITACION FUNCIONAL EN EL MOMENTO, BUENA MOVILIDAD

Neurológico

SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR, PARES CRANEANOS NORMALES, REFLEJOS SIN ALTERACIONES, MARCHA Y EQUILIBRIO CONSERVADO, SIN APARENTES ALTERACIONES EN EL MOMENTO

Vascular periférico

PULSO RADIAL ++++ FEMORAL ++++ POPLITEO ++++ TIBIAL POSTERIOR ++++ PEDIO++++ SIN ALTERACIONES, LLENADO CAPILAR DISTAL SIN APARENTES ALTERACIONES

Piel y anexos

SIN LESIONES EN PIEL

Calculadora Riesgo Cardiovascular

Variables utilizadas

Datos básicos

Edad en años	47	**Sexo**	Masculino
Raza	Mestizo		

Antecedentes

¿Paciente tiene alguno de los siguientes antecedentes?	Hipertensión arterial
¿Paciente con algún familiar diabético?	No

Hábitos y estilos de vida

¿Realiza diariamente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre?	No	**¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?**	Todos los días
¿Paciente Fuma?	No		

Exámen físico

Estatura	171 cm	**Peso**	87 kg
Presión arterial sistólica	122 mmHg	**Perímetro abdominal**	99 cm
		Presión arterial diastólica	80 mmHg

Medicamentos y ayudas diagnósticas

Medicamentos

¿Toma medicación para la hipertensión?	Si	**¿Alguna vez el paciente ha tenido valores altos de glucosa? percepción del paciente**	No

Colesterol HDL	40 mg/dL	**Fecha realización**	25-05-2022
Colesterol Total	176 mg/dL	**Fecha realización**	25-05-2022
Creatinina serica	0.80 mg/dL	**Fecha realización**	25-05-2022
Triglicéridos	101 mg/dL	**Fecha Realización**	25-05-2022
Glicemia	92 mg/dL	**Fecha Realización**	25-05-2022

Riesgo de diabetes

Resultados Riesgo de diabetes

Edad	45-54 años .Puntos: 2	**Indice Masa Corporal**	Entre 25-30 kg/m2 .Puntos: 1
Perimetro abdominal	94 cm o más .Puntos: 4	**Consumo Verduras o frutas**	Sí .Puntos: 0
Medicamento Hipertensión	Sí .Puntos: 2	**Valores Altos de Glucosa**	No .Puntos: 0
Familiar con antecedente de Diabetes	No .Puntos: 0	**Actividad Física**	< 30 minutos diarios .Puntos: 2

Interpretacion resultados riesgo diabetes

Puntaje riesgo diabetes	11	**Interpretación riesgo diabetes**	Riesgo Moderado

Riesgo de peso

Resultados riesgo de Peso

IMC calculada riesgo de peso	29.75	**Interpretación riesgo de peso**	Sobrepeso

Riesgo cardiovascular OMS

Resultados Riesgo cardiovascular - Estratificación OMS

Diabetes	No	**Edad**	< 50 años
Sexo	Masculino	**Fuma**	No
P. Sistólica	Entre 120 - 139		

Interpretación Resultados Riesgo Cardiovascular - Estratificación OMS

Porcentaje RCV OMS	< 10 %	**Interpretación RCV OMS**	Riesgo Bajo

Escala Framingham

Resultados Framinghan

Edad	Entre 45 - 49 .Puntos: 3	**Colesterol Total**	160-199 .Puntos: 3
HDL	Entre 40 - 49 .Puntos: 1	**Fuma**	No .Puntos: 0
P. Arterial sistólica	120 - 129 .Puntos: 1	**Tratamiento Anti-HTA**	Si
Género	Masculino		

Interpretación Resultados

Puntos escala framingham	8	**Factor corrección colombia framingham**	0.75
Porcentaje escala framingham	3 %	**Interpretación riesgo según escala de Framingham**	Riesgo Bajo

Riesgo Nhanes

Resultados Nhanes

Sexo	Masculino	**Diabetes**	No
Fuma	No	**Edad**	Entre 45 y 54 años
Presión arterial sistólica	122	**IMC**	29.75

Interpretación de resultados Nhanes

Interpretación riesgo posible a 5 años según Nhanes	Bajo 5-10% Posible a 5 años

Riesgo Metabólico

Resultados Riesgo Metabólico

Sexo	Masculino	**Edad**	Entre 10 y 65
IMC	Menor o igual a 30	**Perímetro abdominal**	Mayor o igual 90
Presión sistólica	Menor o igual a 130	**Presión diastólica**	Menor o igual a 85
Resultado triglicéridos	Mayor o igual a 150	**Resultado colesterol HDL**	Mayor o igual a 40
Resultado glicemia	Menor o igual a 100	**Antecedentes**	Hipertensión arterial

Interpretación Resultados Riesgo Metabólico

Interpretación riesgo metabólico según federación internacional de diabetes	Sin riesgo

Envejecimiento renal 83 ml/min

Fórmula Cockcroft Gault

Resultados Cockcroft Gault

Sexo	Masculino	**Edad**	47
Peso	87 kg	**Creatinina**	0.80 mg/dL

Interpretación Resultados Cockcroft Gault

Filtrado glomerular Cockcroft Gault	140.47 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Fórmula CKD EPI

Resultados CKD EPI

Sexo	Masculino	**Edad**	47
Raza	Mestizo	**Creatinina**	0.80 mg/dL

Interpretación Resultados CKD EPI

Filtrado glomerular CKD EPI	106.38 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Fórmula MDRD

Resultados MDRD

Sexo	Masculino	**Edad**	47
Raza	Mestizo	**Creatinina**	0.80 mg/dL

Interpretación Resultados MDRD

Filtrado glomerular MDRD	110.13 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
08-01-2022	14-01-2022	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa Programa Crónicos

Tipo atención Control médico general - Crónicos

Notas de análisis y plan

PSA MENOR DE UNO NORMAL - MICROALBUMINURIA NORMAL - - HB Y HTO NORMAL - - LGLUCOSA NORMAL - - CREATINIA NORMAL - - LDL EN RANGO ACEPTABLE - - P DE O NORMAL - VSG PCR FACT REUMATOIDEO NORMAL - - - - - YA FUE EVALUDO POR NUTRICION - - SE DIRECCIONA A ODONTOLOGIA - REFIERE YA EVALUDO POR OPTOMETRIA - - SE CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO , SE RENUEVA RAF, - SE EDUCA SOBRE IMPORTANCIA DE EJERCICIO DIARIO EN CASA MNIMO CAMINATA EN UN SOLO PUESTO , SE ESTIMULA DIETA HIPOSODICA HIPOGRASA HIPOGLUCIDA - - - - SE REALIZA EXAMEN SEGUN NORMAS DE PROTECCION COVID 19 - - SE ASIGNA CITA DE CONTROL - - -2022/11/21 12:00 INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 CONTROL POR ENFERMERIA HTA CASTAÑO ZULUAGA JULIANA PAOLA

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

I10X-HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Recomendaciones

SE EDUCA SOBRE CONTROL DE PESO, EJERCICIO EN ZONAS PLANAS= MÍNIMO EN LA MISMA CASA, EN EL PATIO, EN LA SALA O EN LA MISMA HABITACIÓN HACIENDO CAMINATA O TROTE EN UN SOLO PUESTO = INICIAR CON 10 MINUTOS CADA DÍA Y CADA DOS MESES AUMENTAR 5 MINUTOS HASTA LLEGAR A 30 MINUTOS CADA DÍA SI ES POSIBLE , EN LO POSIBLE TODOS LOS DÍAS , MÍNIMO 5 VECES SEMANA, EVITAR ESCALAS, PENDIENTES, TERRENOS IRREGULARES --- EVITAR SAL, FRITOS, HARINAS, DULCES , AGUA PANELA, AZÚCAR, MIEL, GASEOSAS, HELADOS, PASTELES, CHOCOLATES HELADOS, LICOR, NATILLAS, BUÑUELOS, EMPANADAS, PAN DE BONO, EN LO POSIBLE CONSUMIR LECHE DESLACTOSADA Y DESCREMADA ----- RECOMENDACIONES = LAVARSE LAS MANOS FRECUENTEMENTE: puede ser con un desinfectante de manos a base de alcohol o con agua yjabón. ADOPTE MEDIDAS DEHIGIENE RESPIRATORIA: Al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo,tire el pañuelo inmediatamente y lávese las manos con un desinfectante de manos a base de alcohol, o con agua y jabón. MANTENGA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL: Mantenga al menos 2 metros de distancia entre usted y las demás personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. EVITE TOCARSE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA. INFÓRMESE en fuentes confiables: Ministerio de salud, OMS,Instituto Nacional de Salud. LIMPIE Y DESCONTAMINE objetos y superficies. VENTILE SU CASA Y LAS ÁREAS DETRABAJO cada vez que sea posible. ------- SIGNOS DE ALARMA = FIEBRE >38°C, TOS, SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, FATIGA, PERDIDA DE FUERZA, DOLOR DE GARGANTA, DIARREA Y/O VOMITO PERSISTENTE, EMPEORAMIENTO DE CUADRO ACTUAL, ASISTIR POR CONSULTA NO PROGRAMADA O CENTRAL DE URGENCIAS PARA VALORACION PRESENCIAL

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta Detección de alteraciones del adulto

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75085184
Nombre completo	ABDIEL MILOVAN SOLARTE MEJIA	**Registro médico**	3154

Cita 2 , Tipo Control por enfermeria - hipertension

Profesional: CLAUDIA MARCELA RAMIREZ POSADA **Fecha:** 21-11-2022 12:51 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control por enfermeria - hipertension

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-11-21 12:08
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Masculino	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

SE ATIENDE USUARIO CON TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDA, quien tiene cita de control de RCV asignada con enfermera 21 de NOVIEMBRE 12:00 horas control HTA Se indaga sobre presencia de síntomas respiratorios sugestivos de IRA como tos, dificultad respiratoria, dolor de garganta, malestar general, fatiga, fiebre, alteración del gusto o del olfato niega estos síntomas, niega contacto estrecho no protegido en los últimos 14 días con persona positiva para covid. Con cuadro gripal hace 1 semana con mejoria de sintomas

Enfermedad Actual

Paciente de 47 años con antecedente HTA Se actualiza datos de acudiente: CLAUDIA CARDONA esposa 3128042729 Refiere que está bien de salud con cuadro gripal hace 1 semana , de la presión ha estado bien, ya se vacuno contra el covid esquema con 3ra dosis 2 dosis de sinovac y 1 jansen , realiza ejercicio caminatas cortas refiere seguir las recomendaciones nutricionales bajo en sal, harinas, grasas, azucares, hospitalizaciones recientes hace 3 meses por accidente laboral , niega otros síntomas interrogados, refiere ser adherente al tratamiento farmacológico, adecuada toma de medicamentos, no hace omisión de ninguna dosis, TELMISARTAN 40 MG TABLETA 1 CADA DIA Clortalidona 12. 5 mg pendiente entrge , pregabalina * 50 mg 1 cada dia sinalgen *325 mg 1 cada 8 horas , complejo b cada 15 dias RENOVACION HASTA DICIEMBRE

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Resultados Laboratorio

Examen colesterol total

Examen colesterol total	176 mg/dL	**Fecha**	25-05-2022
Alerta	Adecuado		

Examen HDL

Examen HDL	40 mg/dL	**Fecha**	25-05-2022
Alerta	Adecuado		

Examen trigliceridos

Examen trigliceridos	101 mg/dL	**Fecha**	25-05-2022
Alerta	Adecuado		

Examen LDL

Examen LDL	115.80 mg/dL	**Fecha**	25-05-2022
Alerta	Alto		

Examen creatinina

Examen creatinina	0.8 mg/dL	**Fecha**	25-05-2022
Alerta	Adecuado		

Examen glicemia central en ayunas

Examen glicemia central en ayunas	92 mg/dL	**Fecha**	25-05-2022
Alerta	Adecuado		

Examen ácido úrico

Examen ácido úrico	4.96 mg/dL	**Fecha**	25-05-2022

Examen TSH

Examen TSH	1.3 uUI/mL	**Fecha examen TSH**	03-07-2020

Examen Hemoglobina Serica

Examen Hemoglobina Serica	15.9 g/l	**Fecha**	25-05-2022

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	88 kg	**Talla**	171 cm
IMC	30.09	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Perímetro abdominal	100

Estado general del paciente

Al examen físico no se observan alteraciones, Paciente consciente, alerta, hidratado.

Cabeza y Cuello

Pupilas isocoricas normoreactivas. Orofaringe sana, cuello móvil, sin adenopatías.

Tórax

Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, campos pulmonares bien ventilados sin ruidos sobreagregados.

Gastrointestinal

Abdomen blando depresible, no masas no megalias, no hay signos de irritación peritoneal, peristaltismo sin alteraciones.

Genitourinario

Marcha Normal Extremidades inferiores y superiores sin edema sin eritema Neurovascular distal sin alteraciones. no hay cambios en pies, hidratados y sin alteraciones.

Fecha última evaluación	**Resultado de ultimo tacto rectal**
27-05-2022	Normal

Osteomuscular

Consciente, orientado en las 3 esferas, Sin déficit agudo aparente .

Neurológico

Consciente, orientado en las 3 esferas, Sin déficit agudo aparente .

Vascular periférico

No hay signos de TVP.

Piel y anexos

Normal, Piel hidratada

Calculadora Riesgo Cardiovascular

Variables utilizadas

Datos básicos

Edad en años	47	**Sexo**	Masculino
Raza	Mestizo		

Antecedentes

¿Paciente tiene alguno de los siguientes antecedentes?	Hipertensión arterial
¿Paciente con algún familiar diabético?	No

Hábitos y estilos de vida

¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?	Todos los días	**¿Paciente Fuma?**	No

Medicamentos y ayudas diagnósticas

Medicamentos

¿Toma medicación para la hipertensión?	Si	**¿Alguna vez el paciente ha tenido valores altos de glucosa? percepción del paciente**	No
Colesterol HDL	40 mg/dL	**Fecha realización**	25-05-2022
Colesterol Total	176 mg/dL	**Fecha realización**	25-05-2022
Creatinina serica	0.80 mg/dL	**Fecha realización**	25-05-2022
Triglicéridos	101 mg/dL	**Fecha Realización**	25-05-2022
Glicemia	92 mg/dL	**Fecha Realización**	25-05-2022
Envejecimiento renal	83 ml/min		

Fórmula CKD EPI

Resultados CKD EPI

Sexo	Masculino	**Edad**	47
Raza	Mestizo	**Creatinina**	0.80 mg/dL

Interpretación Resultados CKD EPI

Filtrado glomerular CKD EPI	106.38 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Fórmula MDRD

Resultados MDRD

Sexo	Masculino	**Edad**	47
Raza	Mestizo	**Creatinina**	0.80 mg/dL

Interpretación Resultados MDRD

Filtrado glomerular MDRD	110.13 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
08-01-2022	14-01-2022	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa	Programa Crónicos	**Tipo atención**	Control por enfermeria - hipertension

Notas de análisis y plan

se revisan reportes de paraclínicos de control DEL 25/05/2022, Hematocrito 49.8., Hemoglobina 15.9, Colesterol de Alta Densidad ¿ HDL 40, Colesterol Total 176, Glucosa 92, Triglic¿ridos 101, Creatinina 0.80, PARCIAL DE ORINA NORMAL, Microalbuminuria 13.12 Remision a oftalmologia: 17/02/2022 se remite Remision por nutrición : 17/02/2022 Valoración por odontología en el último año: tratamiento de manera particular en julio del 2022 Ultima citología: NO APLICA Mamografia: NO APLICA Planificacion: NO APLICA Refiere nunca ha sido victima de violencia intrafamiliar ni sexual, indica estar muy bien a nivel de salud mental Se brinda educación para realizar una rutina de actividad física en casa, se orienta en la importancia de la actividad física frecuente, se dan pautas de alimentación balanceada, Se dan indicaciones para dar continuidad al tratamiento farmacológico, se verifica vigencia de RAF HASTA EL MES DE DICIEMBRE SE BRINDA HORARIO DE GESTION PARA RENOVACION . Paciente cardiovascular adherente al tratamiento, con cifras tensionales en metas el día de hoy, Se brindan recomendaciones generales de autocuidado, Se dan signos de alarma para consultar. Se actualiza contacto telefónico 3113237133 . TFG: 106,38 ml/min -LDL: 115,80Se dan indicaciones de continuar con su medicación de control de manera ordenada.

recomendaciones alimentarias dieta rica en frutas y verduras, bajo consumo de sodio, dieta sin grasas saturadas ni azucares, se le dan indicaciones de autocuidado actividad física regular según su tolerancia al menos 30 min día se explican signos de alarma. Se fomenta la utilización de servicios a un clic en la página de la EPS, para realizar cualquier trámite ante la EPS o reformulación, recordándole que, ante cualquier duda, no se requiere asistir a la IPS, sino que se debe establecer contacto telefónico al 8930355.Además, se informa que puede descargar la aplicación de SURA para el servicio de Atención virtual en salud, en dicha opción también puede comunicarse con personal médico y aclarar dudas. Se educa en signos de alarma en caso de aparecer debe recurrir a cita presencial en el servicio de urgencias y signos de alarma sugestivos de covid para reportar y recibir atención oportuna. Se realiza invitación para la actividad educativa que se realizan durante la semana acepta la invitación Para asistir a la actividad del mes NOVIEMBRE se le envía la información la auxiliar del programa para enviar toda la información. Se asigna cita para el próximo control con médico doctor milovan solartes para el dia 24/03/2022 a las 8:30. Cita de laboratorios 10/03/2023 a las 7 am con la dra isabel arias

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

I10X-HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Recomendaciones

RECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE PARA PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR: -Trate de mantener un peso saludable de acuerdo a las metas establecidas con el médico o nutricionista y siga las recomendaciones y horarios de alimentación indicados. Elige grasas saludables: nueces, semillas, aguacate, y aceites vegetales como oliva, maíz, girasol y soya. Procura consumir alimentos asados, cocidos o sudados (en lugar de fritos), carnes magras y alimentos como vegetales, leguminosas, granos enteros y lácteos (prefiera la leche descremada o semidescremada). Prefiere las frutas en vez de los jugos. Evita las bebidas o alimentos procesados. Disminuye el consumo de azúcares. El consumo de sal debe ser menor a una cucharadita al día. Evita los embutidos, sopas instantáneas, caldos concentrados o alimentos enlatados (por el alto contenido de sodio). -Procura hacer 150 minutos o más de actividad física aeróbica de intensidad moderada a vigorosa por semana (caminar, trotar, montar en bicicleta, asistir a las actividades coordinadas por los institutos municipales de actividad física y recreación). -Procure dormir entre 6 y 8 horas en la noche. Evita el consumo de alcohol. Si fumas suspende el hábito, incluso suspende los cigarrillos electrónicos y evita exponerte al humo de cigarrillo, esto para mejorar tu estado de salud y prevenir complicaciones pulmonares y cardiovasculares. - Toma toda la medicación ordenada por tu medico en los horarios y dosis indicadas.

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	Detección de alteraciones del adulto

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30238734
Nombre completo	CLAUDIA MARCELA RAMIREZ POSADA	**Registro médico**	20576

Cita 3 , Tipo Control programa - hipertensión arterial

Profesional: ABDIEL MILOVAN SOLARTE MEJIA **Fecha:** 24-03-2023 09:05 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control programa - hipertensión arterial

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796

Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2023-03-24 08:29
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068932610	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

CONTROL MEDICO RCV

Enfermedad Actual

SE ATIENDE PACIENTE CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ENTREGADOS POR LA IPS, DE ACUERDO A PROTOCOLO INSTISTUCIONAL Y CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCION, DIAGNOSTICO Y MANEJO DE INFECCIONES POR SARS COV2 COVID 19 EN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD - - PACIENTE QUE ASISTE A CONTROL MEDICO DE RCV, EN GENERAL ESTABLE - - - EN SEGUIMIENTO CON FISITRIA Y ORTOPEDIA POR ARL DADO ANTECEDENTE DE AMPUTACION TRAUMATICA DE 3-4 DEDO FALANGE DISTAL MANO IZQDA , TTO PREGABALINA SINALGEN - - EVALUADO POR PSIQUIATRIA MARZO 2023, TX DE ANSIEDAD 2DARIO ? VS DEPRESION? NO TRAE REPORTE ESCRITO, TTO CON DULOXETINA - - SIN APARENTES ANTECEDENTE DE VIOLENCIA FISICA O SEXUAL - - SIN APARENTE FIEBRE, TOS, NI SINTOMAS URINARIOS, RESPIRATORIOS, NI GASTROINTESTINALES ADICIONALES, SIN APARENTE NEXO EPIDEMIOLOGICO, NO REALIZA EJERCICIO , CON DIETA HIPOSODICA, HIPOGRASA,HIPOGLUCIDA, SIN APARENTES TRANSGRESIONES ---------- REPORTE DE EKG MARZO 2023: EJE EN IV CUADRANTE -10° SIN APARENTES CAMBIOS EN LA ONDA T NI EN EL ST, BUENA PROGRESION R EN PRECORDIALES, RTMO SINUSAL FC 78 LPM ---------- EXAMENES: 2023; MARZO: HB 16.4 HTO 50.5 NORMAL - - HDL 37 CT 202 TG 117 LDL 141.6 ELEVDO - GLUCOS 96 NORMAL - - CREAT 0.80 NORMAL - - P DE O NORMAL NO REPORTA MICROALBUMINURIA ---------- MAYO 2022: PSA 0.51 MENOR DE UNO - - MICROALB 13.1 RELACION A-C 12.4 <30 NORMAL - - HTO 49.8 HB 15.9 NORMAL - - - HDL 40 CT 176 TG 101 - - - GLUCOSA 92 NORMAL - - CREAT 0.80 NORMAL - - - P DE O NORMA - - VSG 14 PCR <6 FAC RUMATOIDEO <8 NEGATIVO - - AC URICO 4.9 NORMAL ---------- ALERG: SIN ANTECEDENES - - MED: CLORTALIDONA 12,5 MGX1 TELMISARTAN 40 MG X1 , DULOXETINA 60X1 , PREGABALINA 75 X 1- - PAT: HTA , DISLIPIDEMIA , DOLOR CRONICO, TX DE ANSIEDAD MIXTO?, AMPTUACION FALANGE DISTAL 3-4 DEDOMANO IZQDA - - TOX: NIEGA LICOR NI CIGARRILLO - - HOSP: 6 AGOSTO 2022 ACCIDENTE DE TRABAJO AMPUTACION DE 3ERO Y 4TO DEDO FALANGE DISTAL - - - QX: ENERO 2023: COLELAP , 8 AGO 2022: AMPUTACION FALANGE DISTAL 3ERO 4TO DEDO MANO IZQDA , SAFENECTOMIA DERECHA , PREPUCIOPLASTIA , LUNAR OJO DERECHO - - - TRABAJA: EMPLEADO MABE CONTROL DE CALIDAD - - - CASADO VIVE CON PAREHJA CRA 8 # 58 B 19 LA CUMBRE

Revisión por sistemas

Informacion Antecedente General

EN SEGUIMIENTOPOR ARL POR ACCIDENTE TRABAJO : " TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL LATERALIDAD IZUIERDA DIESTRO: VALORACION POR EL DR LOPEZ, QUIEN ENCUNTRA TRAUMA SEVERO DE DEDOS, HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL. MANEJO QH: REMODELACION DE MUÑON DE 3ER Y 4 DEDO MAS ROTACION DE COLGAJO VOLAR, RECONSTRUCCION DE LECHO UNGUEAL DE 2DO Y 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA SIN COMPLICACIONES. REINTEGRADO CON RESTRICCIONES." ---------- SEGUN NOTA MEDICA JUNIO 2022 : "SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA POR TRANSTONO DE LA ROTULA, CON TAC DE PATELA 8 MAR 2022: AUMENTO E LOS NGULOS DE LOS SURCOS TROCELEARIS SIN OTRAS ALTERAIONS - - ORTOPEDIA SUGIERE CONDUCTA QUIRURGICA , PACIENTE ESTA DUBITATIVO ANTE LA DECISION, SOLICITA SEGUNDA OPINION ORTOPEDICA "

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO,

HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Resultados Laboratorio

Examen colesterol total

Examen colesterol total	202 mg/dL	**Fecha**	10-03-2023
Alerta	Admisible		

Examen HDL

Examen HDL	37 mg/dL	**Fecha**	10-03-2023
Alerta	Inadecuado		

Examen triglicéridos

Examen triglicéridos	117 mg/dL	**Fecha**	10-03-2023
Alerta	Adecuado		

Examen LDL

Examen LDL	141.60 mg/dL	**Fecha**	10-03-2023
Alerta	Grave		

Examen creatinina

Examen creatinina	0.80 mg/dL	**Fecha**	10-03-2023
Alerta	Adecuado		

Examen glicemia central en ayunas

Examen glicemia central en ayunas	96 mg/dL	**Fecha**	10-03-2023
Alerta	Adecuado		

Examen ácido úrico

Examen ácido úrico	4.96 mg/dL	**Fecha**	25-05-2022

Examen TSH

Examen TSH	1.3 uUI/mL	**Fecha examen TSH**	03-07-2020

Examen Hemoglobina Serica

Examen Hemoglobina Serica	16.4 g/l	**Fecha**	10-03-2023

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	84 kg	**Talla**	170 cm
IMC	29.07	**Clasificación**	Sobrepeso
Perímetro abdominal	99		

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	66 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura
36.5 °C	Axilar

Estado general del paciente

APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, DEAMBULA POR SUS PROPIOS MEDIOS - -

Cabeza y Cuello

ORGANOS DE LOS SENTIDOS. SIN APARENTES ALTERACIONES, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS - -

Tórax

CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR LIMPIO SIN HIPOVENTILACIONES, SIN TIRAJES NI RETRACCIONES - -

Gastrointestinal

ABDOMEN: BLANDO, NO MASAS, NO DOLOROSO, PERISTALTISMO PRESENTE - -

Osteomuscular

EXTREMIDADES: SIN APARENTES ALTERACIONES, SIN LIMITACION FUNCIONAL EN EL MOMENTO, BUENA MOVILIDAD - -

Neurológico

NEUROLOGICO: SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR, PARES CRANEANOS NORMALES, REFLEJOS SIN ALTERACIONES, MARCHA Y EQUILIBRIO CONSERVADO, SIN APARENTES ALTERACIONES EN EL MOMENTO - -

Vascular periférico

VASCULAR PERIFERICO : PULSO RADIAL ++++ FEMORAL ++++ POPLITEO ++++ TIBIAL POSTERIOR ++++ PEDIO++++ SIN ALTERACIONES, LLENADO CAPILAR DISTAL SIN APARENTES ALTERACIONES - -

Piel y anexos

PIEL: SIN LESIONES EN PIEL

Calculadora Riesgo Cardiovascular

Variables utilizadas

Datos básicos

Edad en años	48	**Sexo**	Masculino

Raza	Mestizo
¿Paciente tiene alguno de los siguientes antecedentes?	Hipertensión arterial Hiperlipidemia
¿Paciente con algún familiar diabético?	No

Antecedentes

Hábitos y estilos de vida

¿Realiza diariamente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre?	No
¿Paciente Fuma?	No
¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?	Todos los días

Exámen físico

Peso	84 kg
Perímetro abdominal	99 cm
Presión arterial diastólica	66 mmHg
Estatura	170 cm
Presión arterial sistólica	108 mmHg

Medicamentos y ayudas diagnósticas

Medicamentos

¿Toma medicación para la hipertensión?	Si
¿Alguna vez el paciente ha tenido valores altos de glucosa? percepción del paciente	No

Colesterol HDL	37 mg/dL	**Fecha realización**	10-03-2023
Colesterol Total	202 mg/dL	**Fecha realización**	10-03-2023
Creatinina serica	0.80 mg/dL	**Fecha realización**	10-03-2023
Triglicéridos	117 mg/dL	**Fecha Realización**	10-03-2023
Glicemia	96 mg/dL	**Fecha Realización**	10-03-2023

Riesgo de diabetes

Resultados Riesgo de diabetes

Edad	45-54 años .Puntos: 2	**Indice Masa Corporal**	Entre 25-30 kg/m2 .Puntos: 1
Perimetro abdominal	94 cm o más .Puntos: 4	**Consumo Verduras o frutas**	Sí .Puntos: 0
Medicamento Hipertensión	Sí .Puntos: 2	**Valores Altos de Glucosa**	No .Puntos: 0
Familiar con antecedente de Diabetes	No .Puntos: 0	**Actividad Física**	< 30 minutos diarios .Puntos: 2

Interpretacion resultados riesgo diabetes

Puntaje riesgo diabetes	11	**Interpretación riesgo diabetes**	Riesgo Moderado

Riesgo de peso

Resultados riesgo de Peso

IMC calculada riesgo de peso	29.07	**Interpretación riesgo de peso**	Sobrepeso

Escala Framingham

Resultados Framinghan

Edad	Entre 45 - 49 .Puntos: 3	**Colesterol Total**	200-239 .Puntos: 5
HDL	< 40 .Puntos: 2	**Fuma**	No .Puntos: 0
P. Arterial sistólica	< 120 .Puntos: 0	**Tratamiento Anti-HTA**	Si
Género	Masculino		

Interpretación Resultados

Puntos escala framingham	10	**Factor corrección colombia framingham**	0.75
Porcentaje escala framingham	5 %	**Interpretación riesgo según escala de Framingham**	Riesgo Moderado

Riesgo Metabólico

Resultados Riesgo Metabólico

Sexo	Masculino	**Edad**	Entre 10 y 65
IMC	Menor o igual a 30	**Perímetro abdominal**	Mayor o igual 90
Presión sistólica	Menor o igual a 130	**Presión diastólica**	Menor o igual a 85
Resultado triglicéridos	Mayor o igual a 150	**Resultado colesterol HDL**	Menor a 40
Resultado glicemia	Menor o igual a 100	**Antecedentes**	Hipertensión arterial,Hiperlipidemia

Interpretación Resultados Riesgo Metabólico

Interpretación riesgo metabólico según federación internacional de diabetes	Posible riesgo metabólico

Envejecimiento renal 82 ml/min

Fórmula Cockcroft Gault

Resultados Cockcroft Gault

Sexo	Masculino	**Edad**	48
Peso	84 kg	**Creatinina**	0.80 mg/dL

Interpretación Resultados Cockcroft Gault

Filtrado glomerular Cockcroft Gault	134.17 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Fórmula CKD EPI

Resultados CKD EPI

Sexo	Masculino	**Edad**	48
Raza	Mestizo	**Creatinina**	0.80 mg/dL

Interpretación Resultados CKD EPI

Filtrado glomerular CKD EPI	105.63 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Fórmula MDRD

Resultados MDRD

Sexo	Masculino	**Edad**	48
Raza	Mestizo	**Creatinina**	0.80 mg/dL

Interpretación Resultados MDRD

Filtrado glomerular MDRD	109.66 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
08-01-2022	14-01-2022	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa Programa Crónicos **Tipo atención** Control médico general - Crónicos

Notas de análisis y plan

S E SUSPENDE CLORTALIDONA PARA EVITAR HIPOTNSION - - SE INICIA ATORVASATATINA 10X1 - - SE DIRECCIONA A ODONTOLOGIA, OPTOMETRIA, - - - - SE CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO , SE RENUEVA RAF, - SE EDUCA SOBRE IMPORTANCIA DE EJERCICIO DIARIO EN CASA MNIMO CAMINATA EN UN SOLO PUESTO , SE ESTIMULA DIETA HIPOSODICA HIPOGRASA HIPOGLUCIDA - - SE SOLICITA EXAMENES DE RCV : CREATINIA MICROALB PSA LIPIDOS - - SE REALIZA EXAMEN SEGUN NORMAS DE PROTECCION COVID 19 - - SE ASIGNA CITA DE CONTROL - -2023/09/01 12:00 INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 CONTROL POR MEDICO -HIPERTENSION ARTERIAL SOLARTE MEJIA ABDIEL MILOVAN - - REALIZAR EXAMENES EN AGOSTO 2023 - -2023/08/25 07:06 INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 LABORATORIO TOMA DE MUESTRA MEJIA RIVERA YUDY LORENA

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

I10X-HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
I839-VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ÚLCERA NI INFLAMACIÓN	Impresión diagnóstica
J989-TRASTORNO RESPIRATORIO, NO ESPECIFICADO	Impresión diagnóstica
E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	Impresión diagnóstica

Recomendaciones

SE EDUCA SOBRE CONTROL DE PESO, EJERCICIO EN ZONAS PLANAS= MÍNIMO EN LA MISMA CASA, EN EL PATIO, EN LA SALA O EN LA MISMA HABITACIÓN HACIENDO CAMINATA O TROTE EN UN SOLO PUESTO = INICIAR CON 10 MINUTOS CADA DÍA Y CADA DOS MESES AUMENTAR 5 MINUTOS HASTA LLEGAR A 30 MINUTOS CADA DÍA SI ES POSIBLE , EN LO POSIBLE TODOS LOS DÍAS , MÍNIMO 5 VECES SEMANA, EVITAR ESCALAS, PENDIENTES, TERRENOS IRREGULARES --- EVITAR SAL, FRITOS, HARINAS, DULCES , AGUA PANELA, AZÚCAR, MIEL, GASEOSAS, HELADOS, PASTELES, CHOCOLATES HELADOS, LICOR, NATILLAS, BUÑUELOS, EMPANADAS, PAN DE BONO, EN LO POSIBLE CONSUMIR LECHE DESLACTOSADA Y DESCREMADA ----- RECOMENDACIONES = LAVARSE LAS MANOS FRECUENTEMENTE: puede ser con un desinfectante de manos a base de alcohol o con agua yjabón. ADOPTE MEDIDAS DEHIGIENE RESPIRATORIA: Al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo,tire el pañuelo inmediatamente y lávese las manos con un desinfectante de manos a base de alcohol, o con agua y jabón. MANTENGA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL: Mantenga al menos 2 metros de distancia entre usted y las demás personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. EVITE TOCARSE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA. INFÓRMESE en fuentes confiables: Ministerio de salud, OMS,Instituto Nacional de Salud. LIMPIE Y DESCONTAMINE objetos y superficies. VENTILE SU CASA Y LAS ÁREAS DETRABAJO cada vez que sea posible. ------- SIGNOS DE ALARMA = FIEBRE >38°C, TOS, SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, FATIGA, PERDIDA DE FUERZA, DOLOR DE GARGANTA, DIARREA Y/O VOMITO PERSISTENTE, EMPEORAMIENTO DE CUADRO ACTUAL, ASISTIR POR CONSULTA NO PROGRAMADA O CENTRAL DE URGENCIAS PARA VALORACION PRESENCIAL

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta Detección de alteraciones del adulto

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75085184
Nombre completo	ABDIEL MILOVAN SOLARTE MEJIA	**Registro médico**	3154

Cita 4 , Tipo Control programa - hipertensión arterial

Profesional: ABDIEL MILOVAN SOLARTE MEJIA **Fecha:** 01-09-2023 12:05 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control programa - hipertensión arterial

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2023-09-01 11:46
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

control medico rcv

Enfermedad Actual

SE ATIENDE PACIENTE CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL ENTREGADOS POR LA IPS, DE ACUERDO A PROTOCOLO INSTISTUCIONAL Y CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCION, DIAGNOSTICO Y MANEJO DE INFECCIONES POR SARS COV2 COVID 19 EN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD - - PACIENTE QUE ASISTE A CONTROL MEDICO DE RCV, EN GENERAL ESTABLE - - EVALUADO POR ARL : AGOS 2023 :"paciente con t del 06 08 2022 trauma severo mano izuqierda no dominante con fractura de dedos 2 y 5 y amputacion parcial de 3 y 4 dedos manejo quirurgico, reubicado laboralmente, sin signos de complicacion actalmente en manejo pro cx plastica, no haa solicitado la cita, se indica solciitarla a traves d ela linea o directamnete con prestador, se reformula manejo medico por 3 meses. Puede continuar laborando reubicado." - - - SIN APARENTES ANTECEDENTE DE VIOLENCIA FISICA O SEXUAL - - SIN APARENTE FIEBRE, TOS, NI SINTOMAS URINARIOS, RESPIRATORIOS, NI GASTROINTESTINALES ADICIONALES, SIN APARENTE NEXO EPIDEMIOLOGICO, REALIZA EJERCICIO TIPO BICICLETA OCASIONA HACE APROX UN MES - - , CON DIETA HIPOSODICA, HIPOGRASA,HIPOGLUCIDA, SIN APARENTES TRANSGRESIONES ---------- REPORTE DE EKG MARZO 2023: EJE EN IV CUADRANTE -10° SIN APARENTES CAMBIOS EN LA ONDA T NI EN EL ST, BUENA PROGRESION R EN PRECORDIALES, RTMO SINUSAL FC 78 LPM ---------- EXAMENES: 2023: AGOSTO : MICROAL 11.9 RELACIO A-C 9.5 <30 NORMAL - CT 131 HDL 33 TG 81 LDL 81.8 <100 EN METAS - - CREATINIA 0.86 NORMAL - TR PVCA 34 NORMAL - ANT PROSTTICO 0.787 MENOR DE UNO NORMAL ---------- MARZO: HB 16.4 HTO 50.5 NORMAL - - HDL 37 CT 202 TG 117 LDL 141.6 ELEVDO - GLUCOS 96 NORMAL - - CREAT 0.80 NORMAL - - P DE O NORMAL NO REPORTA MICROALBUMINURIA ---------- MAYO 2022: PSA 0.51 MENOR DE UNO - - MICROALB 13.1 RELACION A-C 12.4 <30 NORMAL - - HTO 49.8 HB 15.9 NORMAL - - - HDL 40 CT 176 TG 101 - - - GLUCOSA 92 NORMAL - - CREAT 0.80 NORMAL - - - P DE O NORMA - - VSG 14 PCR <6 FAC RUMATOIDEO <8 NEGATIVO - - AC URICO 4.9 NORMAL ---------- ALERG: SIN ANTECEDENES - - MED: CLORTALIDONA 12,5 MGX1 suspndido marzo 2023 , ATORVASTATINA 10X1 , TELMISARTAN 40 MG X1 , DULOXETINA 60X1 , PREGABALINA 75 X 1- - PAT: HTA , DISLIPIDEMIA , DOLOR CRONICO, TX DE ANSIEDAD MIXTO?, AMPTUACION FALANGE DISTAL 3-4 DEDOMANO IZQDA - - TOX: NIEGA LICOR NI CIGARRILLO - - HOSP: 6 AGOSTO 2022 ACCIDENTE DE TRABAJO AMPUTACION DE 3ERO Y 4TO DEDO FALANGE DISTAL - - - QX: ENERO 2023: COLELAP , 8 AGO 2022: AMPUTACION FALANGE DISTAL 3ERO 4TO DEDO MANO IZQDA , SAFENECTOMIA

DERECHA , PREPUCIOPLASTIA , LUNAR OJO DERECHO - - - TRABAJA: EMPLEADO MABE CONTROL DE CALIDAD - - - CASADO VIVE CON PAREHJA CRA 8 # 58 B 19 LA CUMBRE

Revisión por sistemas

Informacion Antecedente General

SEGUN NOTA MEDICA MARZO 2023 :" - EN SEGUIMIENTO CON FISITRIA Y ORTOPEDIA POR ARL DADO ANTECEDENTE DE AMPUTACION TRAUMATICA DE 3-4 DEDO FALANGE DISTAL MANO IZQDA , TTO PREGABALINA SINALGEN - - EVALUADO POR PSIQUIATRIA MARZO 2023, TX DE ANSIEDAD 2DARIO ? VS DEPRESION? NO TRAE REPORTE ESCRITO, TTO CON DULOXETINA -" ---------- EN SEGUIMIENTOPOR ARL POR ACCIDENTE TRABAJO : " TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL LATERALIDAD IZUIERDA DIESTRO: VALORACION POR EL DR LOPEZ, QUIEN ENCUNTRA TRAUMA SEVERO DE DEDOS, HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL. MANEJO QH: REMODELACION DE MUÑON DE 3ER Y 4 DEDO MAS ROTACION DE COLGAJO VOLAR, RECONSTRUCCION DE LECHO UNGUEAL DE 2DO Y 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA SIN COMPLICACIONES. REINTEGRADO CON RESTRICCIONES." ---------- SEGUN NOTA MEDICA JUNIO 2022 : "SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA POR TRANSTONO DE LA ROTULA, CON TAC DE PATELA 8 MAR 2022: AUMENTO E LOS NGULOS DE LOS SURCOS TROCELEARIS SIN OTRAS ALTERAIONS - - ORTOPEDIA SUGIERE CONDUCTA QUIRURGICA , PACIENTE ESTA DUBITATIVO ANTE LA DECISION, SOLICITA SEGUNDA OPINION ORTOPEDICA "

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación	1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Resultados Laboratorio

Examen colesterol total

Examen colesterol total	131 mg/dL	**Fecha**	25-08-2023
Alerta	Adecuado		

Examen HDL

Examen HDL	33 mg/dL	**Fecha**	25-08-2023
Alerta	Grave		

Examen trigliceridos

Examen trigliceridos	81 mg/dL	**Fecha**	25-08-2023
Alerta	Adecuado		

Examen LDL

Examen LDL	81.80 mg/dL	**Fecha**	25-08-2023
Alerta	Admisible		

Examen creatinina

Examen creatinina	0.86 mg/dL	**Fecha**	25-08-2023
Alerta	Adecuado		

Examen glicemia central en ayunas

Examen glicemia central en ayunas	96 mg/dL	**Fecha**	10-03-2023
Alerta	Adecuado		

Examen ácido úrico

Examen ácido úrico	4.96 mg/dL	**Fecha**	25-05-2022

Examen TSH

Examen TSH	1.3 uUI/mL	**Fecha examen TSH**	03-07-2020

Examen Hemoglobina Serica

Examen Hemoglobina Serica	16.4 g/l	**Fecha**	10-03-2023

Examen de microalbuminuria

Examen Microalbuminuria	11.9	**Fecha Examen de microalbuminuria**	25-08-2023

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	87.5 kg	**Talla**	170 cm
IMC	30.28	**Clasificación**	Obesidad tipo I
Perímetro abdominal	99		

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	78 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura
36.5 °C	Axilar

Estado general del paciente

APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, DEAMBULA POR SUS PROPIOS MEDIOS - -

Cabeza y Cuello

ORGANOS DE LOS SENTIDOS. SIN APARENTES ALTERACIONES, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS - -

Tórax

CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR LIMPIO SIN HIPOVENTILACIONES, SIN TIRAJES NI RETRACCIONES - -

Gastrointestinal

ABDOMEN: BLANDO, NO MASAS, NO DOLOROSO, PERISTALTISMO PRESENTE - -

Osteomuscular

AMPUTACION DE PUNTA DE DEDO MANO IZQDA DEDOS 3 Y 4 - - - RESTO DE EXTREMIDADES: SIN APARENTES ALTERACIONES, SIN LIMITACION FUNCIONAL EN EL MOMENTO, BUENA MOVILIDAD - -

Neurológico

NEUROLOGICO: SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR, PARES CRANEANOS NORMALES, REFLEJOS SIN ALTERACIONES, MARCHA Y EQUILIBRIO CONSERVADO, SIN APARENTES ALTERACIONES EN EL MOMENTO - -

Vascular periférico

VASCULAR PERIFERICO : PULSO RADIAL ++++ FEMORAL ++++ POPLITEO ++++ TIBIAL POSTERIOR ++++ PEDIO++++ SIN ALTERACIONES, LLENADO CAPILAR DISTAL SIN APARENTES ALTERACIONES - -

Piel y anexos

PIEL: SIN LESIONES EN PIEL

Calculadora Riesgo Cardiovascular

Variables utilizadas

Datos básicos

Edad en años	48	**Sexo**	Masculino
Raza	Mestizo		

Antecedentes

¿Paciente tiene alguno de los siguientes antecedentes?	Hipertensión arterial Hiperlipidemia
¿Paciente con algún familiar diabético?	No

Hábitos y estilos de vida

¿Realiza diariamente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre?	No	**¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?**	Todos los días
¿Paciente Fuma?	No		

Exámen físico

Peso	87.5 kg
Perímetro abdominal	99 cm
Presión arterial diastólica	78 mmHg
Estatura	170 cm
Presión arterial sistólica	113 mmHg

Medicamentos y ayudas diagnósticas

Medicamentos

¿Toma medicación para la hipertensión?	Si	**¿Alguna vez el paciente ha tenido valores altos de glucosa? percepción del paciente**	No

Colesterol HDL	33 mg/dL	**Fecha realización**	25-08-2023
Colesterol Total	131 mg/dL	**Fecha realización**	25-08-2023
Creatinina serica	0.86 mg/dL	**Fecha realización**	25-08-2023
Triglicéridos	81 mg/dL	**Fecha Realización**	25-08-2023
Glicemia	96 mg/dL	**Fecha Realización**	10-03-2023

Riesgo de diabetes

Resultados Riesgo de diabetes

Edad	45-54 años .Puntos: 2	**Indice Masa Corporal**	Mayor de 30 kg/m2 .Puntos: 3
Perimetro abdominal	94 cm o más .Puntos: 4	**Consumo Verduras o frutas**	Sí .Puntos: 0
Medicamento Hipertensión	Sí .Puntos: 2	**Valores Altos de Glucosa**	No .Puntos: 0
Familiar con antecedente de Diabetes	No .Puntos: 0	**Actividad Física**	< 30 minutos diarios .Puntos: 2

Interpretacion resultados riesgo diabetes

Puntaje riesgo diabetes	13	**Interpretación riesgo diabetes**	Riesgo Alto

Riesgo de peso

Resultados riesgo de Peso

IMC calculada riesgo de peso	30.28	**Interpretación riesgo de peso**	Obesidad Tipo 1

Escala Framingham

Resultados Framinghan

Edad	Entre 45 - 49 .Puntos: 3	**Colesterol Total**	< 160 .Puntos: 0
HDL	< 40 .Puntos: 2	**Fuma**	No .Puntos: 0
P. Arterial sistólica	< 120 .Puntos: 0	**Tratamiento Anti-HTA**	Si
Género	Masculino		

Interpretación Resultados

Puntos escala framingham	5	**Factor corrección colombia framingham**	0.75
Porcentaje escala framingham	2 %	**Interpretación riesgo según escala de Framingham**	Riesgo Bajo

Riesgo Nhanes

Resultados Nhanes

Sexo	Masculino	**Diabetes**	No
Fuma	No	**Edad**	Entre 45 y 54 años
Presión arterial sistólica	113	**IMC**	30.28

Interpretación de resultados Nhanes

Interpretación riesgo posible a 5 años según Nhanes	Bajo 5-10% Posible a 5 años

Riesgo Metabólico

Resultados Riesgo Metabólico

Sexo	Masculino	**Edad**	Entre 10 y 65
IMC	Mayor a 30	**Perímetro abdominal**	Mayor o igual 90
Presión sistólica	Menor o igual a 130	**Presión diastólica**	Menor o igual a 85
Resultado triglicéridos	Mayor o igual a 150	**Resultado colesterol HDL**	Menor a 40
Resultado glicemia	Menor o igual a 100	**Antecedentes**	Hipertensión arterial,Hiperlipidemia

Interpretación Resultados Riesgo Metabólico

Interpretación riesgo metabólico según federación internacional de diabetes	Posible riesgo metabólico

Envejecimiento renal	82 ml/min

Fórmula Cockcroft Gault

Resultados Cockcroft Gault

Sexo	Masculino	**Edad**	48
Peso	87.5 kg	**Creatinina**	0.86 mg/dL

Interpretación Resultados Cockcroft Gault

Filtrado glomerular Cockcroft Gault	130.01 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Fórmula CKD EPI

Resultados CKD EPI

Sexo	Masculino	**Edad**	48
Raza	Mestizo	**Creatinina**	0.86 mg/dL

Interpretación Resultados CKD EPI

Filtrado glomerular CKD EPI	102.54 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Fórmula MDRD

Resultados MDRD

Sexo	Masculino	**Edad**	48
Raza	Mestizo	**Creatinina**	0.86 mg/dL

Interpretación Resultados MDRD

Filtrado glomerular MDRD	100.88 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
08-01-2022	14-01-2022	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa	Programa Crónicos	**Tipo atención**	Control médico general - Crónicos

Notas de análisis y plan

TIENE PTE SEGUIMIENTO CON CIRUGIA PLASTICA - - - SE DIRECCIONA EN MARZO 2023 SE DIRECCIONA A ODONTOLOGIA, OPTOMETRIA, - - SS VAL X NUTRICION - - SE CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO , SE RENUEVA RAF, - SE EDUCA SOBRE IMPORTANCIA DE EJERCICIO DIARIO EN CASA MNIMO CAMINATA EN UN SOLO PUESTO , SE ESTIMULA DIETA HIPOSODICA HIPOGRASA HIPOGLUCIDA - - SE SOLICITA EXAMENES DE RCV : CREATINIA GLUCOSA HB HTO EKG UROANALISIS - - SE REALIZA EXAMEN SEGUN NORMAS DE PROTECCION COVID 19 - - SE ASIGNA CITA DE CONTROL - - 2024/02/27 13:30 INTERCONSULTAS SAS SEDE 4 CONTROL POR MEDICO - HIPERTENSION ARTERIAL SOLARTE MEJIA ABDIEL MILOVAN - - REALIZAR EXAMENES FEBRERO 2023

Informacion de seguimiento

¿El paciente requiere seguimiento? No

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

I10X-HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
I839-VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ÚLCERA NI INFLAMACIÓN	Impresión diagnóstica
J989-TRASTORNO RESPIRATORIO, NO ESPECIFICADO	Impresión diagnóstica
E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	Impresión diagnóstica

Recomendaciones

SE EDUCA SOBRE CONTROL DE PESO, EJERCICIO EN ZONAS PLANAS= MÍNIMO EN LA MISMA CASA, EN EL PATIO, EN LA SALA O EN LA MISMA HABITACIÓN HACIENDO CAMINATA O TROTE EN UN SOLO PUESTO = INICIAR CON 10 MINUTOS CADA DÍA Y CADA DOS MESES AUMENTAR 5 MINUTOS HASTA LLEGAR A 30 MINUTOS CADA DÍA SI ES POSIBLE , EN LO POSIBLE TODOS LOS DÍAS , MÍNIMO 5 VECES SEMANA, EVITAR ESCALAS, PENDIENTES, TERRENOS IRREGULARES --- EVITAR SAL, FRITOS, HARINAS, DULCES , AGUA PANELA, AZÚCAR, MIEL, GASEOSAS, HELADOS, PASTELES, CHOCOLATES HELADOS, LICOR, NATILLAS, BUÑUELOS, EMPANADAS, PAN DE BONO, EN LO POSIBLE CONSUMIR LECHE DESLACTOSADA Y DESCREMADA ----- RECOMENDACIONES = LAVARSE LAS MANOS FRECUENTEMENTE: puede ser con un desinfectante de manos a base de alcohol o con agua yjabón. ADOPTE MEDIDAS DEHIGIENE RESPIRATORIA: Al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo,tire el pañuelo inmediatamente y lávese las manos con un desinfectante de manos a base de alcohol, o con agua y jabón. MANTENGA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL: Mantenga al menos 2 metros de distancia entre usted y las demás personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. EVITE TOCARSE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA. INFÓRMESE en fuentes confiables: Ministerio de salud, OMS,Instituto Nacional de Salud. LIMPIE Y DESCONTAMINE objetos y superficies. VENTILE SU CASA Y LAS ÁREAS DETRABAJO cada vez que sea posible. ------- SIGNOS DE ALARMA = FIEBRE >38°C, TOS, SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, FATIGA, PERDIDA DE FUERZA, DOLOR DE GARGANTA, DIARREA Y/O VOMITO PERSISTENTE, EMPEORAMIENTO DE CUADRO ACTUAL, ASISTIR POR CONSULTA NO PROGRAMADA O CENTRAL DE URGENCIAS PARA VALORACION PRESENCIAL

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	Detección de alteraciones del adulto

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75085184
Nombre completo	ABDIEL MILOVAN SOLARTE MEJIA	**Registro médico**	3154

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DAÑO DE LA(S) UÑA(S)

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES **Fecha Inicio:** 01-11-2023 12:28 AM **Fecha Final:** 01-11-2023 12:28 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES **Fecha:** 01-11-2023 12:28 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2023-11-01 11:41
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068547585	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	ARL
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

" CONTROL"

Enfermedad Actual

CONTROL PRESENCIAL PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD EN MANEJO POR EXP 1610030852 AT: 06/08/2022 DIESTRO EMPRESA: MABE CARGO: OPERARIO REUBICADO DX CIE 10 S682 AMMPUTACION TRAUMATICA DE 2 O MAS DEDOS DE LA MANO DX CLÍNICO TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL IZQUIERDA DÍAS DE IT REGISTRADOS 99 DIAS HASTA 12 11 2022 /// MEC TRAUMA: ATRAPAMIENTO DE MANO IZUQIERDA POR MAQUINA CON RODILLO //// ULTIMO CONTROL POR DR JUAN DAVID HOYOS CX PLÁSTICO EL 09 05 2023 CITO A CONTROL A LOS 2 MESES, NO HA SOLICITADO LA CONSULTA, TERMINO TERAPIA OCUPACIONAL, ESTA EN MANEJO CON ACETAMINOFÉN+ HIDROCODONA 10 MG CADA 12 HORAS HIDROXICOBALAMINA IM Y PIROXICAM GEL . /// SUBJETIVO/// REFIERE SE AUTOMEDICA CON CAPSAICINA TÓPICA EN LOS MUÑONES DE 3 Y 4 DEDO MANO IZUQIERDA POR DOLOR LOCAL, REFIERE MEJORÍA CON EL MEDICAMENTO, INDICA QUE MEJORA DE LAS FUNCIONES D ELA MANO IZUQIERDA CON LA TERAPIA OCUPACIONAL. ACUDE POR FORMULACIÓN /// RECIBE PRO PARTE D EPSIQUIATRIA DE EPS DULOXETINA QUETIAPINA Y PREGABALINA FECHA PRUEBA O EXAMEN RESULTADO OBSERVACIÓN 09-08-2023 RADIOGRAFÍA DE DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA AMPUTACION DE LA CABEZA DE LA FALANGE DISTAL DEL TERCER Y CUARTO DEDOS INCLUYENDO LOS PULPEJOS Y PACAS UNGUEALES ADYACENTES FRACTURA CON DESPRENDIMIENTO ESECUNDARIO D EPEQUEÑOS FRAGMENTOS OSEOS DESDE LA CABEA DE LAS FALANGES DISTALES DE 2 Y 5 DEDOS. CX DE MANO: PACIENTEA DR D4 ED MANO IZQ NEUROMA MUÑON DE AMPUTACION COLATERAL CUBITAL D3 DAMANO IZQUIERDA. MANEJO QX 27/09/23: ESECCION TUMOR NERVIO COLATERAL CUBITAL D3 MANO IZQUIERDA, SE ENVIA A PATOLOGIA, SE REALZIA RESECCION Y CAUTERIZACION PROXIMAL CABO NERVIOSO, REVISION HEMOSTASIA, SE DISEÑA, DISECA Y AVANZA COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO 2-5 CM2 PARA COBERTURA ESTABLE DE DEFECTO RESIDUAL. OR VIA B DEDO ANULAR MANO IZQUIERDA ABORDAJE LONGITUDINAL BORDE CUBITAL DE FALANGE, DISECCION POR PLANOS, IDENTIFICACION DE HALLAZGOS DESCRITOS, SE REALIZA RESECCIONTUMOR NERVIO COLATERAL CUBITAL D4 MANO IZQUIERDA, SE ENVIA A PATOLOGIA, SE REALZIA RESECCION Y CAUTERIZACION PROXIMAL CABO NERVIOSO, REVISION HEMOSTASIA, SE DISEÑA, DISECA Y AVANZA COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO 2-5 CM2 PARA COBERTURA ESTABLE DE DEFECTO RESIDUAL, SUTURA HERIDA POR PLANOS SIN TENSION CON PROLENE 5/0. SE DEJA CUBIERTA HERIDAS CON GASAS + MICROPORE, NO COMPLICACIONES. SE ENVIAN A PATOLOGIA. SUBJETIVO: ¿ PTE INDICA QUE EN EL MOMENT0 INCAPACITADO HASTA EL DIA 5 DE NOV 23, CONTROL EL 21 DE NOV 23, INDICA QUE LE DA ARDOR EN LOS MUÑONES, NO TIENE MEDICAICON EN EL MOMENTO, ADEMAS INDICA Q ESTUVO INCAPACITADO POR ANSIEDAD Y DEPRESION. NO TIENE MEDICACION EN EL MOMENTO, MANEJO SINLAGEN Y PREGABALINA PERO NO TIENE MEDICACION¿

Seccion antecedentes generales

PTE CON AP DE AMPUTACION DEL TERCER Y CUERTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA 06.08.22, POR ACCIDNETE LABORAL

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -*

HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	86 kg	**Talla**	170 cm
IMC	29.76	**Clasificación**	Sobrepeso

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Estado general del paciente

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE PACIENTE QUE INGRESA SOLO A CONSULTA, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN USO DE APOYO EXTERNO, HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN APARENTE BUEN ESTADO GENERAL

Cabeza y Cuello

Fecha última evaluación ojo izquierdo	Resultado última evaluación ojo izquierdo
05-11-2022	20/20
Fecha última evaluación ojo derecho	**Resultado última evaluación ojo derecho**
05-11-2022	20/20

Genitourinario

Resultado de tacto rectal	Fecha última evaluación	Resultado de ultimo tacto rectal
No se realiza	27-05-2022	Normal

Osteomuscular

EN MANO IZQUIERDA, 2DO DEDO CON PARESTESIAS EN 2DO DEDO EN FALANGE DISTAL CON LA PALPACION, EN 3ER Y 4TO DEDO MUÑON CON SENSIBILIDAD SENSACON DE ARDOR CON LA PALPACION, LEVE EDEMA, DEDOS MOVILES. EN 5TO DEDO MEJORA EN LA SENSIBILIDAD Y MOVILIDAD, ADECUADA PERFUSION DISTAL Y COLORACION, FM 5/5 -

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
08-01-2022	14-01-2022	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta médico general

Notas de análisis y plan

PACIENTE CON T DEL 06 08 2022 TRAUMA SEVERO MANO IZUQIERDA NO DOMINANTE CON FRACTURA DE DEDOS 2 Y 5 Y AMPUTACION PARCIAL DE 3 Y 4 DEDOS MANEJO QUIRURGICO, EL 30 DE SEPT 23, PENDIENTE CONTROL CON FISIATRIA ULTIMO CONTROL EN MARZO ENVIO CONTROL PERO NO HA ASISIDO, CONTIONUA EN MANEJO CON PSIQUIATRIA PENDIENTE NUEVO CONTROL, PSICOTERAPIA PENDIENTE CONTROL PERO NO HA CONSEGUIDO LA CITA. SE SUSPENDIERON LA CITAS DE PSICOLOGIA EN EL CEDER SIN SIGNOS DE COMPLICACION ACTALMENTE EN MANEJO PRO CX PLASTICA. CONTROL EN 30 DIAS. IT HASTA EL 5 DE NOV 23, SE DA PRORROGA POR 7 DIAS. REINREGRO CON RECOMENDACIONES DE SALUD,

Informacion de seguimiento

¿El paciente requiere seguimiento? No

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, CON DAÑO DE LA(S) UÑA(S)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa externa Accidente de trabajo

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	Identificación	30235259
Nombre completo	PAMELA LORENA ARIAS MORALES	Registro médico	16259

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - DOLOR EN ARTICULACIÓN

Profesional: NATALIA MARCELA MOLINA VILLEGAS **Fecha Inicio:** 11-09-2023 07:23 AM **Fecha Final:** 11-09-2023 07:23 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: NATALIA MARCELA MOLINA VILLEGAS **Fecha:** 11-09-2023 07:23 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2023-09-11 07:09
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

" ME DUELE LA RODILLA

Enfermedad Actual

** SE ATIENDE BAJO PROTECCION DE BIOSEGURIDAD COVID 19 **PACIENTE USA TAPABOCAS RESIDENTE EN EL BARRIO la lind a, OCUPACION EMPLEADO CONTROL DE CALIDAD, ESTADO CIVIL CASADO, NACIDO MANIZALES. PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD, PTE CONSULTA POR UN CUADRO CLNICO DE 6 AÑOS DE EVOLUCION CONISTENTE EN DORO EN RDILLA IZQUIERDA, LOCALIZAOD, NO IRRADIADO, PTE QUIEN LE REALIZAN ARTROSCOPIA HACE 7 AÑOS , ESTABA A LA ESPERA DE INFILTRACION PERO CURSO CON ACCIDENTE LBORAL R LO CUAL NO LA REALIZAN. (PTE CON AP DE CONDROSPLASTIA .

Revisión por sistemas

NIEGA TRAUMA NO PARESTESIA, NO DISESTESIA NO PARESIA .. REFIRE DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA QUIEN AUMENTA CON EL FRIO

Seccion antecedentes generales

PTE CON AP DE AMPUTACION DEL TERCER Y CUERTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA 06.08.22, POR ACCIDNETE LABORAL

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	70 kg	**Talla**	170 cm
IMC	24.22	**Clasificación**	Peso normal

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	85 lpm	**Frecuencia respiratoria**	16 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Clasificación de la temperatura
36 °C	Axilar	Normal

Saturación de oxígeno sin oxígeno	Clasificación saturación sin oxígeno
98 %	Normal

Estado general del paciente

PACIENTE EN BUENAS CONDICONES GENERALES ALERTA COLABORADOR

Cabeza y Cuello

Fecha última evaluación ojo izquierdo	Resultado última evaluación ojo izquierdo
05-11-2022	20/20

Fecha última evaluación ojo derecho	Resultado última evaluación ojo derecho
05-11-2022	20/20

Tórax

Cardiopulmonar: Tórax sin aumento de diámetro antero-posterior, no encuentro tirajes ni retracciones, adecuada ventilación. Pulmones bien ventilados, sin crepitantes, ni sibilantes, no fricción pleural, murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreagregados. Corazón rítmico, normocárdico, no ausculto soplos, no S3, no click de apertura,

Genitourinario

Resultado de tacto rectal	Fecha última evaluación	Resultado de ultimo tacto rectal
No se realiza	27-05-2022	Normal

Osteomuscular

RODILLA BILATERAL SIMETRIA, SIN EDEMAS, SIN DERRAME ARITUCLAR, CON CREPITACION BILATERAL, CAJON ANTERIOR, POSTERIOR NEGATIVO, SEISALLA NEGATIVO, FUERZA 5/5 MARCHA NORMAL, SESNBBILDIAD NORMAL PULSO NORMAL

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
08-01-2022	14-01-2022	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta médico general

Notas de análisis y plan

PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD, PTE CONSULTA POR UN CUADRO CLNICO DE 6 AÑOS DE EVOLUCION CONISTENTE EN DORO EN RDILLA IZQUIERDA, LOCALIZAOD, NO IRRADIADO, PTE QUIEN LE REALIZAN ARTROSCOPIA HACE 7 AÑOS , ESTABA A LA ESPERA DE INFILTRACION PERO CURSO CON ACCIDENTE LBORAL R LO CUAL NO LA REALIZAN. (PTE CON AP DE CONDROSPLASTIA . . RODILLA BILATERAL SIMETRIA, SIN EDEMAS,

SIN DERRAME ARITUCLAR, CON CREPITACION BILATERAL, CAJON ANTERIOR, POSTERIOR NEGATIVO, SEISALLA NEGATIVO, FUERZA 5/5 MARCHA NORMAL, SESNBBILDIAD NORMAL PULSO NORMAL , PTE QUIEN ESTA A LA ESPER DE LA NFILTRACION . AHORA ESTABLE ORENO MANEJO ANALGESCO.

Informacion de seguimiento

¿El paciente requiere seguimiento? No

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

DOLOR EN ARTICULACIÓN

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Recomendaciones

RECOMENDACIÓN SOBRE VACUNACIÓN: Las vacunas salvan vidas. La vacuna de INFLUENZA anual es necesaria para prevenir la neumonía por influenza. Recuerda aplicártela en cualquier centro de vacunación.

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1128423122
Nombre completo	NATALIA MARCELA MOLINA VILLEGAS	**Registro médico**	1128423122

Visita inasistida

Profesional: ANGELA MARIA BOTERO ARANGO **Fecha Inicio:** 09-09-2023 11:54 AM **Fecha Final:** 09-09-2023 11:54 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Visita inasistida

Profesional: ANGELA MARIA BOTERO ARANGO **Fecha:** 09-09-2023 11:54 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Visita inasistida - Consulta nutrición salud

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2023-09-09 11:52

Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Visita inasistida

Observación inasistencia

PACIENTE AGENDADO EN CONSULTA PRESENCIAL DE NUTRICIÓN ¿ SE HACEN VARIOS LLAMADOS EN LAS SALAS - EL PACIENTE NO ASISTE -

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30292370
Nombre completo	ANGELA MARIA BOTERO ARANGO	**Registro médico**	05180

Atención interoperada - APNEA DEL SUEÑO

Profesional: CARLOS MARIO ARBELAEZ CUERVO **Fecha Inicio:** 01-08-2023 10:58 AM **Fecha Final:** 01-08-2023 10:58 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita consulta

Profesional: CARLOS MARIO ARBELAEZ CUERVO **Fecha:** 01-08-2023 10:58 AM **Nombre Acompañante:**

consulta

Motivo de consulta

Motivo de consulta	ASISTE A CONTROL

Enfermedad actual

Enfermedad actual	CONTINUA CON APNEA DEL SUEÑO , YA TIENE C-PAP Y TIENE ADAPTACION DEL 90 , CON CONRRECCION DEL 97 DE LOS EPISODIOS DE APNEA .

Sección de examen físico

Sección de examen físico	OIDOS VENTILADOS , NARIZ PERMEABLE , FARINGE SANA CUELLO NORMAL

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal	APNEA DEL SUEÑO	**Tipo de diagnóstico**	Impresión diagnóstica

Análisis y plan

Análisis y plan

Notas de análisis y plan	PACIENTE CON APNEA DEL SUEÑO SEVERA EN MANEJO CON C-PAP , REQUIERE RESTRICCION DE LOS HORARIOS NOCTURNOS POR EL RIESGO DE PRESENTAR ACCIDENTE . CONTROL EN 6 MESES

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75081404
Nombre completo	CARLOS MARIO ARBELAEZ CUERVO	**Registro médico**	993

Consulta Ortopedia - OTROS DESARREGLOS DE LA RÓTULA

Profesional: JUAN CARLOS GALLEGO URIBE **Fecha Inicio:** 03-04-2023 12:39 AM **Fecha Final:** 03-04-2023 12:39 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Ortopedia

Profesional: JUAN CARLOS GALLEGO URIBE **Fecha:** 03-04-2023 12:39 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Ortopedia

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2023-04-03 12:16
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068932610	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional

Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

"DOLOR EN RODILLA "

Enfermedad Actual

PACIENTE CON ARTROSIS DE RODILLA IZQUIERDA DE MAS DE 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN, REPORTE DE EXOSTOSIS DE ROTULA IZQUIERDA, VALORADO POR EL DR ANDRES TRUJILLO EN MAYO DEL 2022 DONDE PROGRAMA PARA RESECCION DE LA MISMA, INDICA QUE NO PUDO CONTINUAR CON EL PROCEDIMIENTO . ADEMAS TUVO VALORACION POR EL DR VASCO PREVIA CON INDICACION DE INFILTRACION LOCAL, ANTECEDENTE EN EL 2017 DE LIBREACION DEL RETINACULO LATERAL POR EL DR JORGE HERNAN LOPEZ -

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio	Empresa
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)	MABE COLOMBIA S.A.S.

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	170 cm

Signos Vitales

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, RODILLA IZQUIERDA SIN SIGNOS DE DERRAME , ARCOS DE MOVILIDAD COMPLETOS, ROCE PATELOFEMORAL MARCADO BILATERAL, NEUROLOGICO CONSERVADOS. PERFUSION CONSERVADO

Genitourinario

Fecha última evaluación	Resultado de ultimo tacto rectal
27-05-2022	Normal

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
08-01-2022	14-01-2022	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta Ortopedia

Notas de análisis y plan

PACIENTE CON MAL ALINEMIENTO PATELOFEMORAL, CON DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA, EN EL MOMENTO SIN INDICACIÓN DE CIRUGÍA, SE INDICA INFILTRACIÓN, SE FORMULAN LOS INSUMOS PARA LA MISMA.

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral Está laborando

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M223-OTROS DESARREGLOS DE LA RÓTULA

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	Identificación	10260259
Nombre completo	JUAN CARLOS GALLEGO URIBE	Registro médico	16121

Control medico general - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Profesional: ANA MILENA CHAVEZ CHAVEZ **Fecha Inicio:** 28-02-2023 06:14 PM **Fecha Final:** 28-02-2023 06:14 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: ANA MILENA CHAVEZ CHAVEZ **Fecha:** 28-02-2023 06:14 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2023-02-28 18:12
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

true

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	171 cm

Genitourinario

Fecha última evaluación	**Resultado de ultimo tacto rectal**
27-05-2022	Normal

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Revisión médico general

Notas de análisis y plan

REMISION

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	24339210
Nombre completo	ANA MILENA CHAVEZ CHAVEZ	**Registro médico**	24339210

Consulta No Programada - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Profesional: ANA MILENA CHAVEZ CHAVEZ **Fecha Inicio:** 28-02-2023 10:00 AM **Fecha Final:** 28-02-2023 10:00 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: ANA MILENA CHAVEZ CHAVEZ **Fecha:** 28-02-2023 10:00 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2023-02-28 09:40
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

ESTA MAL DE LA ANIMO"

Enfermedad Actual

ASISTE A PRIORITARIA, NIEGA NEXOS DE CONTAGIO COVID 19, SE ATIENDE CON TODOS LOS ELEMENTO DE PROTECCION SUMINISTRADO POR LA IPS. PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD, INGRESA CON LA HERMANA" HACE 6 MESES TUVE UN ACCIDENTE DE TRABAJO Y PERDÍ DOS FALANGES Y DESDE ESO ESTOY MUY MAL, ME DA ANGUSTIA, EPISODIOS DE IRA, IRRITABILIDAD, NO PUEDO DORMIR, YA ESTOY CON PSICOLOGÍA, YA ESTOY CON PREGABALINA Y DULOXETINA " DICE ESTA EN MANEJO INTERDISCIPLINARIO. NIEGA IDEAS DE AUTO O HETERO AGRESIÓN. EN CONSULTA CON ANIMO TRISTE, ANSIOSO. DICE AYER LE DIO UN GOLPE A UNA PUERTA EN UN EPISODIO DE IRA.

Revisión por sistemas

PACIENTE CON PORTE Y ACTITUD ADECUADOS, CON ADECUADO CUIDADO EN LA PRESENTACION PERSONAL, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, LENGUAJE COHERENTE, CON LLANTO, CON INQUIETUD MOTORA, AFECTO DEPRESIVO ANSIOSO, CON IDEAS SOBREVALORADAS DE MINUSVALIA Y DESESPERANZA, PENSAMIENTO LOGICO, SIN ALTERACIONES DE LA SENSOPERCEPCION, SIN IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESION. SIN DEFICIT EN LAS FUNCIONES MENTALES SUPERIORES O ALTERACIONES DEL JUICIO.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar**	No

molestias por haber bebido la noche anterior?	
Clasificación	Bebedor social
Observación	1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	80.1 kg	**Talla**	171 cm
IMC	27.39	**Clasificación**	Sobrepeso

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	78 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Saturación de oxígeno sin oxígeno
36.5 °C	Axilar	98 %

Estado general del paciente

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. AFEBRIL AL TACTO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS. NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Cabeza y Cuello

ORL: PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, REFLEJO DIRECTO Y CONSENSUAL PRESENTES, FONDO DE OJO NORMAL, ECLERAS ANICTERICAS, PUNTOS DE VALLEIX NEGATIVOS, NARIZ PERMEABLE, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, OROFARINGE SANA, SIN ESCURRIMIENTO POSTERIOR. CUELLO SIMETRICO, MOVIL, SIN MASAS, SIN ADENOPATÍAS. NO INGURGITACION YUGULAR, SIN SOPLOS CAROTIDEOS

Tórax

TORAX SIMETRICO, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, SIN RETRACCIONES, SIN LESIONES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, SINCRÓNICOS CON EL PULSO. CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, SIN SIBILANCIAS, RONCOS O ESTERTORES AUDIBLES.

Neurologicos

NEUROLOGICO: ALERTA, CON ORIENTACION EN LAS TRES ESFERAS, PARES CRANEALES CON FUNCION CONSERVADA, BUEN TONO MUSCULAR, SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR, NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN. SIN SIGNOS MENINGEOS O CEREBELOSOS, FUERZA CONSERVADA 5/5 ESCALA DE DANIELS, REFLEJOS NORMALES.

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta no programada

Notas de análisis y plan

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIGNOS VITALES ESTABLES, CON CUADRO DESCRITO. SE TOMAN DATOS PARA GESTIONAR VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA PRIORITARIA. DOY INCAPACIDAD POR DOS DIAS. CONTINUAR CON MEDICACIÓN DE BASE. SE EXPLCIA A LA MADRE Y AL PACIENTE QUE EN CASO DE EMPORAMIENTO DE LOS SINTOMAS DEBE ASISITIR POR URGENCIAS. ENTIENDE Y ACEPTA PLAN DE MANEJO.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

F412-TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC **Identificación** 24339210

Nombre completo ANA MILENA CHAVEZ CHAVEZ **Registro médico** 24339210

Consulta No Programada - OTROS EXÁMENES GENERALES

Profesional: NATALIA MARCELA MOLINA VILLEGAS **Fecha Inicio:** 26-01-2023 07:04 PM **Fecha Final:** 26-01-2023 07:04 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: NATALIA MARCELA MOLINA VILLEGAS **Fecha:** 26-01-2023 07:04 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2023-01-26 18:43
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

"REVISION"

Enfermedad Actual

** SE ATIENDE BAJO PROTECCION DE BIOSEGURIDAD COVID 19 **PACIENTE USA TAPABOCAS RESIDENTE EN EL BARRIO CUMBRE , OCUPACION EMPLEADO MABEL , ESTADO CIVIL CASADO , NACIDO MANZIALES. PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD, QUIEN CONSULTA YA QUE HACE 20 DIAS CURSO CON COLECISTITIS CURSO EN MANEJO HOSPITALARIO EN SAN MARCEL , LO CUAL LE REALIZAN COLECISTECTOMIA 14.01.23. HOY CONSULTA YA QUE HA PRESENTADO DLOR EN DICHA ZONA.

Revisión por sistemas

AHORA SOLOR REFIER DOLOR EN HIPOCONDRIO LEVE , NO EMEISIS, NO FIEBRE , NO ACOLIA, NO MELNAS

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	92 kg	**Talla**	171 cm
IMC	31.46	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	85 lpm	**Frecuencia respiratoria**	16 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

PACIENTE EN BUENAS CONDICONES GENERALES ALERTA COLABORADOR

Tórax

Cardiopulmonar: Tórax sin aumento de diámetro antero-posterior, no encuentro tirajes ni retracciones, adecuada ventilación. Pulmones bien ventilados, sin crepitantes, ni sibilantes, no fricción pleural, murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreagregados. Corazón rítmico, normocárdico, no ausculto soplos, no S3, no click de apertura,

Gastrointestinal

SE OSBERVA PUNTOS SECO SIN SIGNOS DE INFECCION . blando, depresible, no dolor a la palpación, no encuentro signos de irritación peritoneal (Bloomberg negativo, Rovsing negativo, Cope negativo, Dunphy negativo, Obturador negativo, McBurney negativo) Murphy negativo, Charcot negativo, Courvoisier negativo, Cullen negativo, No palpo hepatoesplenomegalia, no masas, no soplos, no defectos herniarios, peristaltismo conservado. Puño percusión renal negativa bilateral.

Piel y anexos

NO ICTERICIA, NO PALIDEZ

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta no programada

Notas de análisis y plan

PTE DE 48 AÑOS DE EDAD, CON AP DE COLECISTECTOMIA 14.01.23 , AHORA ESTABLE, NO TAQUICARDICO, SIN TAQUIPNEA, ABDOMEN CON MATERIAL DE SUTURA NORMAL, SIN SECRECION SIN SIGNOS DE INFECCIÓN , ABDOMEN SIN DOLOR, SIN IRRITACION . SE DA SIGNOS DE ALARMA, SE EXPLICA AL PTE SOBRE LA RECUPERACIÓN, SOBRE LA DIETA.. **PTE EN MANEJO CON PSIQUIATRÍA POR DEPRESIÓN**

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

Z008-OTROS EXÁMENES GENERALES

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1128423122
Nombre completo	NATALIA MARCELA MOLINA VILLEGAS	**Registro médico**	1128423122

Control medico general - HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Profesional: ABDIEL MILOVAN SOLARTE MEJIA **Fecha Inicio:** 27-12-2022 06:41 PM **Fecha Final:** 27-12-2022 06:41 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: ABDIEL MILOVAN SOLARTE MEJIA **Fecha:** 27-12-2022 06:41 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-12-27 18:37
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA

ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla 171 cm

Genitourinario

Fecha última evaluación	Resultado de ultimo tacto rectal
27-05-2022	Normal

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Revisión médico general

Notas de análisis y plan

GESTNIO: PACIENTE SOLICITA RENOVACION DE MEDICAMENTOS DE CONTROL RCV : TELMISARTAN 40X 1 - CLORTALIDONA 12.5X1 - - 2022/12/17 CLORTALIDONA 30 TABLETAS -------- PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR ARL, PRESENTO ACCIDENTE DE TRABAJO, CON LESNO EN MANO IZQQDA CON AMPUTACION DE PUNTA DEDODE 3ERO 4TO CON MAQUINA DE MUESTRAS --- SE HACE FORMULA TELSMISARTAN 40X1 POR 6 MESES

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

I10X-HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC **Identificación** 75085184

Nombre completo ABDIEL MILOVAN SOLARTE MEJIA **Registro médico** 3154

Consulta No Programada - CEFALEA DEBIDA A TENSIÓN

Profesional: JUAN SEBASTIAN MALAVER ESTRADA **Fecha Inicio:** 28-11-2022 03:30 PM **Fecha Final:** 28-11-2022 03:30 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: JUAN SEBASTIAN MALAVER ESTRADA **Fecha:** 28-11-2022 03:30 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-11-28 15:16
Edad en la atención	48 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Hombre	**Escolaridad**	Profesional
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	Población general, población general

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

DOLOR DE CABEZA

Enfermedad Actual

NIEGA VIAJE EN EL ULTIMO MES NIEGA CONTACTO ESTRECHO CON PACIENTE CON DX O SOSPECHA DE COVID 19 SE REALIZA CONSULTA CON ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD. * PACIENTE QUIEN REFIERE CUADRO DE 2 DIAS DE EVOLUCON CONSISTENTE EN CEFALEA OCCIPITAL INSUMNIO DE CONSILIACION AFECTO DEPRESIVO NIEGA TRAUMA PARESTESIAS LESION EN PIEL FIEBRE DEFICIT NEUROLOGICO U OTRA SINTOMATOLOGIA.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	89 kg	**Talla**	171 cm
IMC	30.44	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	75 lpm	**Frecuencia respiratoria**	16 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Saturación de oxígeno sin oxígeno
36.4 °C	Axilar	97 %

Estado general del paciente

PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DECUBITO INDIFERENTE ACTIVO SIN ALTERACION EN LA MARCHA

Cabeza y Cuello

ORL MUCOSAS HIDRATADAS CONDUCTOS AUDITIVOS EXTERNO PERMEABLES, MEMBRANA TIMPÁNICA DE COLOR NÁCAR CON PRESENCIA DE CONO LUMINOSO OROFARINGE SANA PROTRUCION DE LENGUA CENTRADA CUELLO CENTRADO SIN MASAS NI INGURGITACIÓN YUGULAR

Tórax

TÓRAX SIMÉTRICO SIN RETRACCIONES, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBRE AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SINCRÓNICOS CON EL PULSO, SIN SOPLOS

Gastrointestinal

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN MASAS O MEGALIAS NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN NI SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL PERISTALTISMO PRESENTE, PUÑO PERCUSIÓN RENAL NEGATIVA

Osteomuscular

EXTREMIDADES SIMÉTRICAS BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS ADECUADO TONO MUSCULAR ELEVACION DE HOMBROS SIMETRICOS CON PUNTOS GATILLO PARAVERTEBRAL A NIVEL CERVICAL CON PUNTOS GATILLO SIN RIGIDEZ

Neurologicos

NEUROLÓGICO ALERTA ORIENTADA EN 3 ESFERAS PENSAMIENTO LÓGICO DISCURSO COHERENTE EUPROSECICA ADECUADA PROPIOSEPCION SIMETRÍA FACIAL PUPILAS ISOCORICAS NORMO REACTIVAS MOVIMIENTOS OCULARES NORMALES FUERZA MUSCULAR 5/5 REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS 3/5 SIN SIGNOS DE LOCALIZACIÓN O DÉFICIT, NO MENÍNGEOS.

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta no programada

Notas de análisis y plan

PACIENTE DE 61 AÑOS ANTECEDENTE DE AMPUTACION DE FALANGES POR ACCIDENTE LABORAL QUE ASISTE POR CUADRO DE CEFALEA TENSIONAL SIN BANDERAS ROJAS ACTUALMENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIN ALTERACIÓN NEUROLÓGICA POR LO QUE SE DA TTO AMBULATORIO ANALGÉSICO SE DAN SIGNOS DE ALARMA CONTROL CON MEDICO DE FAMILIA.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

G442-CEFALEA DEBIDA A TENSIÓN

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Recomendaciones

A pesar de que tienes el esquema de vacunación completo para COVID-19, recuerda que debes seguir usando el tapabocas, lavado frecuente de manos y distanciamiento físico para evitar contagiarte y contagiar a quienes no estén vacunados.

Signos de alarma

Consultar de inmediato a urgencias si: El dolor de cabeza es intenso y progresivo, pierde la conciencia, tiene vomito persistente, tiene pérdida de la memoria, convulsiona o presenta movimientos corporales extraños, siente debilidad o parálisis en una parte del cuerpo, le observan las pupilas con distinto tamaño una de otra, está agresivo o con cambios del comportamiento, habla incoherencias o tiene cambios visuales.

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1088257292
Nombre completo	JUAN SEBASTIAN MALAVER ESTRADA	**Registro médico**	1088257292

Visita inasistida

Profesional: FERNANDO MENDEZ MEJIA **Fecha Inicio:** 05-11-2022 12:12 AM **Fecha Final:** 05-11-2022 12:12 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Visita inasistida

Profesional: FERNANDO MENDEZ MEJIA **Fecha:** 05-11-2022 12:12 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Visita inasistida - Consulta médico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-11-05 12:12
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Masculino	**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Visita inasistida

Observación inasistencia

NO RESPUESTA A LLAMADOS EN SALA DE ESPERA

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1053768332
Nombre completo	FERNANDO MENDEZ MEJIA	**Registro médico**	1053768332

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS

Profesional: CESAR OMAR BENAVIDES SALAZAR **Fecha Inicio:** 05-11-2022 12:00 AM **Fecha Final:** 05-11-2022 12:00 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: CESAR OMAR BENAVIDES SALAZAR **Fecha:** 05-11-2022 12:00 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS

Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-11-05 11:38
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero	Masculino	**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

disuria dolor del prepucio , se atiende con todos los elementos de protección personal para prevenir contagio por enfermedades respiratorias, Segun dictan los protocolos instucionales y de la OMS)

Enfermedad Actual

paciente masculino de 47 años de edad antecedente de hipertensión arterial , amputacion traumatica , de dedos de mano , frenectomia de pene a los 42 años , consulta por ardor disuria y dolor de prepucio ,desde hace 6 dias , tiene vacuna anti covid 4 dosis

Revisión por sistemas

no cefalea no fiebre , no tos no espectoración no dificultad respiratoria , sin sintomas cardiovasculares , no gastrointestinales , no genitourinarios , no osteomusculares , piel sin lesiones

Información pulmonar

¿Sintomático respiratorio o tiene síntomas que hagan sospechar tuberculosis? No

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	89 kg	**Talla**	171 cm
IMC	30.44	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Clasificación de la temperatura	Saturación de oxígeno sin oxígeno
36 °C	Anormal	95 %

Clasificación saturación sin oxígeno

Normal

Estado general del paciente

alerta, afebril, hidratado, sin signos de dificultad respiratoria, llego desplazandose por sus propios medios, sin dificultad y responde al llamado directo desde el consultorio.

Cabeza y Cuello

normocéfalo, pupilas isocóricas normorreactivas a laluz, escleras anictericas, conjuntivas normocromicas, mucosa oral húmeda,orofaringe sin placas ni exudados. otoscopia rápida bilateral normal. cuello: no se palpan adenopatías ni masas.

Evaluación de ojo izquierdo	Corrección ojo izquierdo	Fecha última evaluación ojo izquierdo
20/20	Si	27-05-2022

Resultado última evaluación ojo izquierdo	Evaluación de ojo derecho	Corrección ojo derecho
20/20	20/20	Si

Fecha última evaluación ojo derecho	Resultado última evaluación ojo derecho
27-05-2022	20/20

Tórax

tórax es simétrico a la inspección pasiva, expansible, los ruidos cardiacos son rítmicos sin soplos detectables a la auscultación, en los campos pulmonares el murmullo vesicular se encuentra presente sin disminución, No ausculto sobreagregados pulmonares

Gastrointestinal

abdomen es blando, depresible, no doloroso a la palpación, no evidencio signos de irritación peritoneal es decir: (blumberg, psoas, Mc burney negativos), no detecto masas a la palpacion, ni megalias, el peristaltismo esta conservado, puntos pieloureterales negativos, la puñopercusión es negativa.

Genitourinario

prepucion redundante con leve balanitis

Resultado de tacto rectal	Fecha última evaluación	Resultado de ultimo tacto rectal
No se realiza	27-05-2022	Normal

Osteomuscular

aumento de tejido adiposo amputacion de falanges distales de II y IV dedo mano izq

Neurológico

sin alteraciones

Vascular periférico

sin alteraciones

Piel y anexos

sin alteraciones

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
08-01-2022	14-01-2022	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta médico general

Notas de análisis y plan

paciente hipertenso controlado , con prepucio redundante tendencia a balanitis indico valoraion por Urologia , medico con clotrimazol crema ,

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

N47X-PREPUCIO REDUNDANTE, FIMOSIS Y PARAFIMOSIS

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC **Identificación** 98379421

Nombre completo CESAR OMAR BENAVIDES SALAZAR **Registro médico** 2877

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Profesional: JUAN SEBASTIAN RODRIGUEZ QUINTERO **Fecha Inicio:** 19-08-2022 10:07 AM **Fecha Final:** 19-08-2022 10:07 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: JUAN SEBASTIAN RODRIGUEZ QUINTERO **Fecha:** 19-08-2022 10:07 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-08-19 09:43
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

Se atiende al paciente con todos los elementos de protección personal según protocolo institucional y consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de infección por SARS-COV-2/covid-19 en establecimiento de atención en salud 03/2020. niega haber salido fuera de la ciudad en los últimos 14 días, no ha estado en contacto con sintomáticos respiratorios ni con sospechosos para covid 19 MC: "LOS MEDICAMENTOS"

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 47 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ARTROSIS DE RODILLA, HTA, SAHOS, ACCIDENTE DE TRABAJO EN MANO IZQUIERDA CON AMPUTACIÓN DE FALNAGES DISTALES EN 3ER Y 4TO DEDO Y LECHO UNGUEAL EN 2DO Y 5TO DE MANO IZQUIERDA EL 06/08/22, INTERVENIDO EL 08/08/22, INCAPACITADO ACTUALMENTE. CONSULTA PARA FORMULACIÓN DE MEDICACIÓN DE BASE. DOLOR EN DEDOS MAL MODULADO CON TAPENTADOL Y PREGABALINA

Revisión por sistemas

NO OTROS.

Información pulmonar

¿Sintomático respiratorio o tiene síntomas que hagan sospechar tuberculosis? No

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	87 kg	**Talla**	171 cm
IMC	29.75	**Clasificación**	Sobrepeso

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	88 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Estado general del paciente

Aparentes buenas condiciones generales

Cabeza y Cuello

Cabeza: conjuntiva palpebral rosada. Fosas nasales permeables. Boca: mucosa húmeda y rosada; faringe rosada. Sin alteraciones evidentes de la audición. Cuello: Glándula tiroides adecuado volumen, No se palpan adenopatías. No se auscultan soplos carotídeos. No hay ingurgitación yugular.

Fecha última evaluación ojo izquierdo	Resultado última evaluación ojo izquierdo
27-05-2022	20/20
Fecha última evaluación ojo derecho	**Resultado última evaluación ojo derecho**
27-05-2022	20/20

Tórax

Tórax: Caja torácica sin alteraciones. Axilas sin adenopatías. Pulmones: Expansión pulmonar normal; sonoridad normal a la percusión; vibraciones vocales se palpan normales; murmullo pulmonar presente, sin ruidos agregados. Corazón: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos

Gastrointestinal

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas, no se auscultan soplos en la región del epigastrio ni hacia los vasos ilíacos; ruidos intestinales normales. En las regiones inguinales no se encuentran hernias.

Genitourinario

NO EVALUADO

Resultado de tacto rectal	Fecha última evaluación	Resultado de ultimo tacto rectal
No se realiza	27-05-2022	Normal

Osteomuscular

MATERAL DE GASAS Y MICROPORE EN REGION DISTAL DE 2DO A 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA.

Neurológico

SIN DEFICIT MOTOR APARENTE ADICIONAL

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
08-01-2022	14-01-2022	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Información gestión secuela postcovid

¿El paciente tiene una posible secuela postcovid? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta médico general

Notas de análisis y plan

PACIENTE DE 47 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ARTROSIS DE RODILLA, HTA, SAHOS, ACCIDENTE DE TRABAJO EN MANO IZQUIERDA CON AMPUTACIÓN DE FALNAGES DISTALES EN 3ER Y 4TO DEDO Y LECHO UNGUEAL EN 2DO Y 5TO DE MANO IZQUIERDA EL 06/08/22, INTERVENIDO EL 08/08/22, INCAPACITADO ACTUALMENTE. CONSULTA PARA FORMULACIÓN DE MEDICACIÓN DE BASE. DOLOR EN DEDOS MAL MODULADO CON TAPENTADOL Y PREGABALINA SE REVISA YA YA ESTA FORMULADO DE SUS MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS, SE ADICIONA DOLEX FORTTE A ANALGESIA. TIENE PENDIETNE CONTROL CON ORTOPEDIA EN ARL.

Notas de expectativas y metas -SE REVISA YA YA ESTA FORMULADO DE SUS MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS, SE ADICIONA DOLEX FORTTE A ANALGESIA. TIENE PENDIETNE CONTROL CON ORTOPEDIA EN ARL.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

I10X-HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	Identificación	1053780577
Nombre completo	JUAN SEBASTIAN RODRIGUEZ QUINTERO	Registro médico	1053780577

Consulta No Programada - DOLOR EN ARTICULACIÓN

Profesional: DANIEL GOMEZ GALINDO **Fecha Inicio:** 22-07-2022 11:56 AM **Fecha Final:** 22-07-2022 11:56 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: DANIEL GOMEZ GALINDO **Fecha:** 22-07-2022 11:56 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-07-22 11:26
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

SE REALIZA ATENCIÓN BAJO PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE BIOSEGURIDAD ATENDIENDO A RECOMENDACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD, LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUÉS DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y USO DE TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL "ME ESTÁ MOLESTANDO MUCHO LA RODILLA"

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 47 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ARTROSIS DE RODILLA, EXOSTOSIS DE LA PARTE ANTERIOR DE LA RÓTULA, PENDIENTE DE CIRUGÍA, MULTICONSULTANTE POR ESTE CUADRO, COMENTA DOLOR Y SENSACIÓN DE PÉRDIDA DE LA FUERZA EN LA RODILLA, YA VALORADO EN MÚLTIPLES OCASIONES POR ORTOPEDIA, PENDIENTE RESECCIÓN DE EXOSTOSIS Y BURSECTOMÍA ANTERIOR. CONSULTA POR MUCHO DOLOR Y LIMITACIÓN FUNCIONAL.

Revisión por sistemas

NO REFIERE

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación	Bebedor social
Observación	1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	87 kg	**Talla**	171 cm
IMC	29.75	**Clasificación**	Sobrepeso

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	16 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN FIEBRE, SIN SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN.

Cabeza y Cuello

PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, ESCLERAS NORMOCROMICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, CUELLO CENTRADO, MÓVIL, NO DOLOROSO, SIN DEFORMIDADES, NO SE PALPAN NODOS LINFÁTICOS, GLÁNDULA TIROIDES NO PALPABLE,

Tórax

TÓRAX NORMOCONFIGURADO SIN DEFORMIDADES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS NI SOBREAGREGADOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS EN TODOS LOS FOCOS AUSCULTATORIOS.

Osteomuscular

EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS.

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta no programada

Notas de análisis y plan

PACIENTE EN LA QUINTA DÉCADA DE LA VIDA CON CUADRO CLÍNICO DESCRITO DE DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA, AL EXAMEN FÍSICO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN FIEBRE, SIN SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN O DE SIRS, PRESENTA EXOSTOSIS EN RODILLA IZQUIERDA Y DOLOR A LA PALPACIÓN DE LA BURSA PRERROTULIANA, PATOLOGÍA QUE NO CORRESPONDE A CITA PRIORITARIA, ESTÁ PENDIENTE DE CIRUGÍA, INDICO MANEJO ANALGÉSICO, EXPLICO SOSPECHA DIAGNÓSTICA, DOY RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, EXPLICO CONDUCTA, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M255-DOLOR EN ARTICULACIÓN

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1053818215
Nombre completo	DANIEL GOMEZ GALINDO	**Registro médico**	1053818215

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - OTROS TRASTORNOS DE LA RÓTULA

Profesional: NESTOR JULIAN GARCIA **Fecha Inicio:** 27-05-2022 08:41 AM **Fecha Final:** 27-05-2022 08:41 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: NESTOR JULIAN GARCIA **Fecha:** 27-05-2022 08:41 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-05-27 07:03
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante	No

Motivo de Consulta

SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN SEGÚN DIRECTRIZ DEL MINISTERIO DE SALUD, UTILIZANDO TAPABOCAS N95, BATA ANTIFLUIDO Y TAPABOCAS DESECHABLE. NO ESPÉCIFICA.

Enfermedad Actual

MASCULINO DE 47 AÑOS, LABORA COMO OPERARIO (CAMINAR SUBIR ESCALAS Y BAJAR ESCALAS), REFIERE QUE TIENE PROBLEMA EN RODILLA IZQUIERDA HISTORIA DE ORTOPEDIA DEL 24 DE MAYO CONSIDERA EXOSTOSIS DE ROTULA CON BURSITIS PREROTULIANA PROGRAMA PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, DOLOR CRONICO, MANEJO CON DICLOFENACO Y DEXAMETASONA, PACIENTE SOLICITA SEGUNDO CONCEPTO DE ORTOPEDIA.

Revisión por sistemas

NO REFIERE.

Información pulmonar

¿Sintomático respiratorio o tiene síntomas que hagan sospechar tuberculosis?	No

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		

Observación	1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	88 kg	**Talla**	168 cm
IMC	31.18	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	73 lpm	**Frecuencia respiratoria**	17 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Clasificación de la temperatura
36.4 °C	Axilar	Normal

Estado general del paciente

APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES.

Cabeza y Cuello

MUCOSA ORAL HUMEDA ROSADA ESCLERAS NO ICTERICAS, NO INGURGITACION YUGULAR NO SOPLOS CAROTIDEOS, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS, REFLEJO DIRECTO Y CONSENSUAL BILATERAL CONSERVADOS.

Evaluación de ojo izquierdo	Corrección ojo izquierdo	Fecha última evaluación ojo izquierdo
20/20	No	29-01-2022

Resultado última evaluación ojo izquierdo	Evaluación de ojo derecho	Corrección ojo derecho
Paciente no acepta evaluación de agudeza visual	20/20	No

Fecha última evaluación ojo derecho	Resultado última evaluación ojo derecho
29-01-2022	Paciente no acepta evaluación de agudeza visual

Tórax

SIN TIRAJES SIN ESTRIDOR SIN RETRACCIONES. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SINCRONICOS CON PULSOS, NO SOPLOS CARDIACOS. MURMULLO VESICULAR LIMPIO CAMPOS VENTILADOS SIN SOBRE-GRADOS, FREMITO Y VIBRACIONES CONSERVADAS.

Gastrointestinal

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS, METEORISMO CONSERVADO, NO DOLOR A LA PALPACION.

Genitourinario

PUNTOS PIELOURETERALES NEGTIVOS, PUÑO PERCUSION RENAL NEGATIVO, NO SE EXAMINAN GENITALES.

Resultado de tacto rectal

Normal

Osteomuscular

FUERZA EN LAS 4 EXTREMIDADES 5/5, SIN DOLOR A MOVIMIENTOS ACTIVOS NI PASIVOS.

Neurológico

GLASGOW 15/15, SIN FOCALIZACIONES, BABINSKY NEGATIVO, KERNING Y BRUDSINSKY NEGATIVOS.

Vascular periférico

PULSOS FEMORALES, POPLITEOS, TIBIALES Y PEDIOS CONSERVADOS Y SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS.

Piel y anexos

SIN LESIONES EVIDENTES SOSPECHOSAS.

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días	Nueva gestión
08-01-2022	14-01-2022	Finalizado	6	No

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Información gestión secuela postcovid

¿El paciente tiene una posible secuela postcovid?	No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta médico general

Notas de análisis y plan

PACIENTE CON CUADRO DE EXOSTOSIS ROTULIANA CON BURSITIS PREROTULIANA SE INDICA MANEJO ANALGESICO, RECOMENDACIONES. YA FUE VACUNADO PARA COVID-19 SE REMITE A SALUD ORAL.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M228-OTROS TRASTORNOS DE LA RÓTULA

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico

Posible enfermedad laboral section

Diagnóstico requiere estudio enfermedad laboral	Reportar a medicina laboral?	Justificación
M704-OTRAS BURSITIS PRERROTULIANAS	No	..

Recomendaciones

Durante 8 a 12 semanas según el caso, te recomendamos: ¿ Evita las posiciones de rodillas o cuclillas y alterna las postura de pie y sentado cada dos horas, durante periodos de 5 minutos. ¿ Puedes subir y bajar escaleras hasta 2 veces en 1 hora, considerando recomendaciones básicas como: observar el espacio al pisar y poner el pie de forma completa y segura en la superficie, utilizar siempre el apoya manos, caminar a un ritmo natural y procurar caminar sobre terrenos nivelados, a un ritmo cómodo para ti, que no genere dolor incapacitante. ¿ Únicamente puedes levantar pesos inferiores a 12kg. ¿ Evita trepar, saltar y correr, restringe la ejecución de actividades deportivas de contacto y aquellas que impliquen esfuerzo directo o de alto impacto sobre la rodilla afectada. ¿ Verifica el estado del piso por donde camines o te desplaces, identificando posibles obstáculos y realizando el proceso de marcha de manera segura y eficaz. Te recomendamos el uso de calzado cómodo, con tacón ancho y bajo. ¿ Controla tu peso y procura llevar hábitos saludables de manera que te mantengas en un peso ideal con respecto a tu estatura, evitando el sobrepeso. ¿ Mantén un plan de autocuidado con hábitos saludables como complemento a tu proceso de rehabilitación, en el cual incluyas alimentación saludable y actividad física como caminar, nadar y realizar rutinas de relajación. ¿ Sigue las indicaciones de tu médico tratante y asiste a los controles médicos programados. Recomendaciones Funcionales Estas recomendaciones son de carácter funcional, informa a tu empleador sobre éstas para que, por medio del médico ocupacional de la empresa, se indiquen las recomendaciones o restricciones laborales necesarias.

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	9868564
Nombre completo	NESTOR JULIAN GARCIA	**Registro médico**	1701650110

Consulta Ortopedia - OTROS DESARREGLOS DE LA RÓTULA

Profesional: ANDRES TRUJILLO ARANGO **Fecha Inicio:** 24-05-2022 09:05 AM **Fecha Final:** 24-05-2022 09:05 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Ortopedia

Profesional: ANDRES TRUJILLO ARANGO **Fecha:** 24-05-2022 09:05 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Ortopedia

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-05-24 08:49
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

MAS EN RODILAL IZQUIERDA

Enfermedad Actual

PACENTE RECONSULTA POR SENSACION DE MASA OSEA EN REGIN ANTERI DE ROTULA IZQUIERDA LA CUAL LE OCASIONA DOLOR PARA ARRODILLARSE Y FLEXIONAR LA RODILLA . PACIONTE MULTICONSULTANTE POR ESTA PATOLOGIA

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio

Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE -

PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla 168 cm

Signos Vitales

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

RODILA IZQUIERA SE PALPA Y S E APRECIA EXOSTOSIS EN RERGIONANTERI DE ROTULA IZQUIERDA , CON SIGNO DE INFLAMACION(ERITEMA)LOCAL CON BURSA INFALADA PREROTULINA , DOLOR A LA PALPACIONDE ROTULA, ROTULA MOVIL SIN DOLOR. TAC DE ROTUALS A 0-20-45 GRADOS ROTULAS CENTRADAS , SE PRECIA LESION EN CORTICAL ANTERIO DE AMBAS ROTULAS COMPATIBLE CON EXOSTOSIS .

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
08-01-2022	14-01-2022	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta Ortopedia

Notas de análisis y plan

EXOSTOSIS DE ROTULA IZQUIERDA . CONDUCTA SE PROGRAMA PARA RESECCIN DE EXOTOSDE ROTULA IZQUIERA Y BIRSECTROMIA PREROTULINA

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral Está laborando

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M223-OTROS DESARREGLOS DE LA RÓTULA

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico

Causa externa y finalidad

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	10248972
Nombre completo	ANDRES TRUJILLO ARANGO	**Registro médico**	5849

Control medico general - HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Profesional: ABDIEL MILOVAN SOLARTE MEJIA **Fecha Inicio:** 18-05-2022 07:29 PM **Fecha Final:** 18-05-2022 07:29 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: ABDIEL MILOVAN SOLARTE MEJIA **Fecha:** 18-05-2022 07:29 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-05-18 19:25
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	168 cm

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Revisión médico general

Notas de análisis y plan

GESTIN: PACIENTE REFIERE SE LE TERMINAO CLORTALIDONA 12.5X1 + TELMISARTAN 40X1 ---- EN SEGUIENTO POR CARDIOLOGIA OCT 2021: IDX HTA APNEA DEL SUEÑO VERTIGO PB, HIPOACUSIA NS, DIAUTONOMAIA OBESIDA, CONTRL DE TA SE DECIDE MANTENER TTO, DA DE ALTA POR CARDIOLOGIA

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

I10X-HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75085184
Nombre completo	ABDIEL MILOVAN SOLARTE MEJIA	**Registro médico**	3154

Control medico general - OTROS TRASTORNOS DE LA RÓTULA

Profesional: JUAN SEBASTIAN MALAVER ESTRADA **Fecha Inicio:** 13-05-2022 02:08 PM **Fecha Final:** 13-05-2022 02:08 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: JUAN SEBASTIAN MALAVER ESTRADA **Fecha:** 13-05-2022 02:08 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-05-13 14:07
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar**	No

molestias por haber bebido la noche anterior?	
Clasificación	Bebedor social
Observación	1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	168 cm

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Revisión médico general

Notas de análisis y plan

ERROR DIGITAR DIAS DE INCAPACIDAD

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M228-OTROS TRASTORNOS DE LA RÓTULA

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1088257292
Nombre completo	JUAN SEBASTIAN MALAVER ESTRADA	**Registro médico**	1088257292

Consulta No Programada - OTROS TRASTORNOS DE LA RÓTULA

Profesional: JUAN SEBASTIAN MALAVER ESTRADA **Fecha Inicio:** 13-05-2022 01:51 PM **Fecha Final:** 13-05-2022 01:51 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: JUAN SEBASTIAN MALAVER ESTRADA **Fecha:** 13-05-2022 01:51 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-05-13 13:32
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

DOLOR

Enfermedad Actual

NIEGA VIAJE EN EL ULTIMO MES NIEGA CONTACTO ESTRECHO CON PACIENTE CON DX O SOSPECHA DE COVID 19 SE REALIZA CONSULTA CON ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD. * PACIENTE QUIEN REFIERE CUADRO CRONICO EL CUAL SE AGUDIZA EL DIA DE AYER CONSISTENTE EN RODALGIA IZQUIERDA EL CUAL SE INTENSIFICA CON MOVIMIENTOS MEJORA CON REPOSO NO SE IRRADIA EDEMA INESTABILIDAD NIEGA TRAUMA PARESTESIAS LESION EN PIEL CREPITACION U OTRA SINTOMATOLOGIA. PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA 24/5/22. *8/3/22 TAC PATELA: AUMENTO DE LOS ANGULOS DE LOS SURCOS TROCLEARES SIN ITROAS ALTERACIONES

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	91 kg	**Talla**	168 cm
IMC	32.24	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	78 lpm	**Frecuencia respiratoria**	15 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura
36.4 °C	Axilar

Estado general del paciente

PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO HIDRATADO AFEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DECUBITO INDIFERENTE ACTIVO SIN MARCHA COGERA ANTALGICA

Cabeza y Cuello

NORMOCÉFALO PUPILAS ISOCORICAS NORMO REACTIVAS, ORL MUCOSAS HIDRATADAS CONDUCTOS AUDITIVOS EXTERNO PERMEABLES, MEMBRANA TIMPÁNICA DE COLOR NÁCAR CON PRESENCIA DE CONO LUMINOSO CUELLO CENTRADO SIN MASAS NI INGURGITACIÓN YUGULAR

Tórax

TÓRAX SIMÉTRICO SIN RETRACCIONES, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBRE AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SINCRÓNICOS CON EL PULSO, SIN SOPLOS

Gastrointestinal

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN MASAS O MENGALIAS NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN NI SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL PERISTALTISMO PRESENTE, PUÑO PERCUSIÓN RENAL NEGATIVA

Osteomuscular

EXTREMIDADES SIMÉTRICAS BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS ADECUADO TONO MUSCULAR RODILLA IZQUIERDA CON DOLOR A LA PALAPCION DE PATELA CON PROTUBERANCIA EN 1/3 MEDIAL CEPILLO POSTIVO CAJON BOSTEZO APLEY NEGATIVOS FUERZA 5/5 REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS 3/5 HOMAS OLLOW NEGATIVOS

Neurologicos

NEUROLÓGICO SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN O DÉFICIT, NO MENÍNGEOS.

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta no programada

Notas de análisis y plan

PACIENTE DE 47 AÑOS CON ANTECEDENTE DE GONARTROSIS SINDROME PATELAR QUIEN ASISTE POR CUADRO DE AGUDIZACION DE DOLOR AL EXAMEN FISICO CON EDEMA DOLOR ROCE PATELA LIMITACION EN FLEXION RODILLA ESTABLE POR LO QUE SE DA TTO ANALGESICO MEDIDAS TERMICAS CONTROL DE PESO SIGNOS DE ALARMA CONTROL CON MEDICO DE FAMILIA PENDIENTE VALORACION POR ORTOPEDIA 24/5/22.

Notas de expectativas y metas

Notas de expectativas y metas INCAPACIDAD

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M228-OTROS TRASTORNOS DE LA RÓTULA

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico

Recomendaciones

PATOLOGIA DE RODILLA: Durante 8 a 12 semanas según el caso, te recomendamos: ¿ Evita las posiciones de rodillas o cuclillas y alterna las postura de pie y sentado cada dos horas, durante periodos de 5 minutos. ¿ Puedes subir y bajar escaleras hasta 2 veces en 1 hora, considerando recomendaciones básicas como: observar el espacio al pisar y poner el pie de forma completa y segura en la superficie, utilizar siempre el apoya manos, caminar a un ritmo natural y procurar caminar sobre terrenos nivelados, a un ritmo cómodo para ti, que no genere dolor incapacitante. ¿ Únicamente puedes levantar pesos inferiores a 12kg. ¿ Evita trepar, saltar y correr, restringe la ejecución de actividades deportivas de contacto y aquellas que impliquen esfuerzo directo o de alto impacto sobre la rodilla afectada. ¿ Verifica el estado del piso por donde camines o te desplaces, identificando posibles obstáculos y realizando el proceso de marcha de manera segura y eficaz. Te recomendamos el uso de calzado cómodo, con tacón ancho y bajo. ¿ Controla tu peso y procura llevar hábitos saludables de manera que te mantengas en un peso ideal con respecto a tu estatura, evitando el sobrepeso. ¿ Mantén un plan de autocuidado con hábitos saludables como complemento a tu proceso de rehabilitación, en el cual incluyas alimentación saludable y actividad física como caminar, nadar y realizar rutinas de relajación. ¿ Sigue las

indicaciones de tu médico tratante y asiste a los controles médicos programados. ¿ Estas recomendaciones son de carácter funcional, informa a tu empleador sobre éstas en caso de que seas empleado.

A pesar de que tienes el esquema de vacunación completo para COVID-19, recuerda que debes seguir usando el tapabocas, lavado frecuente de manos y distanciamiento físico para evitar contagiarte y contagiar a quienes no estén vacunados.

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1088257292
Nombre completo	JUAN SEBASTIAN MALAVER ESTRADA	**Registro médico**	1088257292

Gestión vacunacion COVID 19

Profesional: DANIELA LOPEZ OSORIO **Fecha Inicio:** 16-04-2022 11:57 AM **Fecha Final:** 16-04-2022 11:57 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Gestión vacunacion COVID 19

Profesional: DANIELA LOPEZ OSORIO **Fecha:** 16-04-2022 11:57 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Gestión vacunacion COVID 19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-04-16 11:57
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	6068754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Gestión vacunación covid

¿Se aplicó vacuna?	Si
¿Vacuna y dosis aplicada?	Vacuna Covid-19 Pai Janssen (Refuerzo)
¿Ha presentado reacciones alérgicas inmediatamente después de la administración de vacunas o medicamentos inyectables?	No

Tiempo de observación (minutos)	15
Presenta eventos adversos	No
Observaciones	PACIENTE QUIEN ASISTE AL CENTRO COMERCIAL MALL PLAZA PARA APLICACIÓN INTRAMURAL DE LA VACUNA DE COVID DOSIS DE REFUERZO DE JANSSEN, SE EXPLICA FORMA DE ADMINISTRACIÓN DEL BIOLÓGICO Y SUS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS, SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, CON PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE APLICA IM EN ZONA DELTOIDEA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO. SE DAN RECOMENDACIONES, CUIDADOS POSVACUNALES. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIÓN. SE DAN INDICACIONES DE PERMANECER EN LA SALA DE OBSERVACIÓN DURANTE 15 MINUTOS. VACUNADORA: LAURA MARIANA OSSA MORALES NOTA OBSERVACION: - SE RECIBE EL PACIENTE EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN; SE DEJA DURANTE 15 MINUTOS TIEMPO DURANTE EL CUAL NO PRESENTA NINGUNA REACCIÓN POSVACUNAL. SE REALIZA ENTREGA DEL CARNE DE VACUNACIÓN Y RECOMENDACIONES GENERALES.

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1002546538
Nombre completo	DANIELA LOPEZ OSORIO	**Registro médico**	1002546538

Consulta No Programada - GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA

Profesional: NESTOR JAIME PEREZ GONZALEZ **Fecha Inicio:** 07-03-2022 01:20 PM **Fecha Final:** 07-03-2022 01:20 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: NESTOR JAIME PEREZ GONZALEZ **Fecha:** 07-03-2022 01:20 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-03-07 13:03
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante	No

Motivo de Consulta

Preocupado por la rodilla

Enfermedad Actual

Ha tenido problemas con su rodilla izquierda, mucho dolor, cojera antalgica; fue valorado por ortopedia la semana anterior quien ordenó tomografia, programada para el 08/03/2022; dice que la rodilla es inestable, se le trata de ir para un lado.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	90.5 kg	**Talla**	168 cm
IMC	32.06	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	90 lpm	**Frecuencia respiratoria**	14 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

Aceptables condiciones generales, afebril, hidratado, marcha antalgica

Cabeza y Cuello

PINR. usa gafas permanentes, orifaringe normal, cuello sin masas

Tórax

auscultacion cardiopulmonar normal

Gastrointestinal

abdomen blanbdo, no masas, no dolor

Genitourinario

no se examina

Osteomuscular

discreto aumento de volumen de rodilla izquierda, con defecto a nivel de patela izquierda, dolor a la palpacion inferior de rodilla, sin signos de inestabilidad, dolor a la flexoextension forzadas. cojeta antalgica

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta no programada

Notas de análisis y plan

dolor de rodilla izquierda, valorado por ortopedia solicta TAC prioritario para definir conducta; refiere dolor, inestabilidad; al examen fisico no algido, presion en metas, discreto aumento de volumen de rodilla izquierda, con defecto a nivel de patela izquierda, dolor a la palpacion inferior de rodilla, sin signos de inestabilidad, dolor a la flexoextension forzadas. cojera antalgica. se refuerza analgesia

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M179-GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC **Identificación** 10234730

Nombre completo NESTOR JAIME PEREZ GONZALEZ **Registro médico** 531

Consulta Ortopedia - OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS

Profesional: ANDRES TRUJILLO ARANGO **Fecha Inicio:** 22-02-2022 09:08 AM **Fecha Final:** 22-02-2022 09:08 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Ortopedia

Profesional: ANDRES TRUJILLO ARANGO **Fecha:** 22-02-2022 09:08 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Ortopedia

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-02-22 08:56
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

DOLOR DE RODILLAS

Enfermedad Actual

PACIENTE C ON CUADRODE DE DE DOLOR DE EN RODILLAS DE PREDOMINIO IZQUIERDO D E 12 AÑOS D EE VOLUCION . REFEREEL DOROSE INCREMENTA PARA SUBIR Y , BAJA ,ARRODILLARSE Y A UN DORMIDO .REFIERE SENSACIDE DEROCE ARTICULAR , AUMENTO DE DIAMETRO ARTICULAR . CIRUGIA DE ARTROSOPIA D ERODILA IZQUERA HACE 5 AÑOS , ARTROWSCOPAIDE ROPDILA , CON RELAJACIN LATERADE ROTULA IZQUIERDA CON MEJORIA PARCIAL .

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Ocupacionales

Clasificación	Ocupación	Estado	Tiempo Oficio
Empleado dependiente	OPERARIO	Actualmente	27 año(s)

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla 168 cm

Signos Vitales

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura

Axilar

Estado general del paciente

RODILAS :ALINEADAS , PRESNEAT DOLRO ROCE PATELOFEMORAL CON DOLOR A L PALPCIONDE FASCETA EXTERNA DE ROTULAS DE PRERDOMINIO DE RODILA IZQUIERDA. RODILLAS ESTABLES , SIGNOS DE LESION MENISCAL NEGATIVOS, LEVE A TROFIAD E CUADRICEPS .. RADIOGRAFIAD E RODILALS SIGNSODE ARTROS LEVE A MODERADA DE RODILLAS .

Genitourinario

No evaluado, no pertinente

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
08-01-2022	14-01-2022	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta Ortopedia

Notas de análisis y plan

GONARTROSIS SE SOLICITA TAC DE ROTULAS A 0-20 Y 45 GRADOS DE FLEXION .

Reintegro laboral

Opción para reintegro laboral Está laborando

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M171-OTRAS GONARTROSIS PRIMARIAS

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Causa externa y finalidad

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	10248972
Nombre completo	ANDRES TRUJILLO ARANGO	**Registro médico**	5849

Control medico general - OTRAS SINUSITIS CRÓNICAS

Profesional: GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO **Fecha Inicio:** 17-02-2022 07:58 PM **Fecha Final:** 17-02-2022 07:58 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO **Fecha:** 17-02-2022 07:58 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-02-17 19:46
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	168 cm

Genitourinario

No evaluado, no pertinente

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Revisión médico general

Notas de análisis y plan

SE ATIENDE EL PACIENTE UTILIZANDO TODO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD, UTILIZANDO TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A PROTOCOLO INSTITUCIONAL Y CONSENSO COLOMBIANO DE ATENCION, DIAGNOSTICO Y MANEJO DE INFECCION POR SRASR- COV2/ COVID 19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION A LA SALUD 03 ¿ 2020 PACIENTE EN LA QUINTA DECADA DE LA VIDA CON CUADRO CLINICO DE TRES DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN REGION FACIAL, ORIBICULAR BILATERAL, AUMENTO DE LA TEMPERATURA NO CUANTIFICADO TRAE REPORTE DE TAC DE SENOS PARANASALES SIMPLE: DESVIACION DEL SEPTO NASAL HACIA LA DERECHA, ENGROSAMIENTO DE CORNETES DE ETIOLOGIA A DETERMINAR, CAMBIOS DE SINUSOPATIA MAXILAR DERECHA, PROBABLEMENTE RESIDUAL SV SATURACION 94% FC 77 TA 140/90 PRESENTA DOLOR A LA PALAPCION DE PUNTOS DE VALLEIX FRONTALES, MAXILAR DERECHO, Y ETMOIDALES, ESCURRIMIENTO POSTERIOR PURULENTO, ERITEMA FARINGEO, AMIGDALAS HIPERTROFGICAS, ERITEMATOSAS, EXUDATIVAS PACIENTE ACTUALMENTE CON CUADRO DE SINUSITIS CRONICA REAGUDIZADA, SE ORDENA MANEJO ANTIBIOTICO VIA ORAL, ANALGESICO + ANTIINFLAMATORIO, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES SIGNOS CLAROS DE ALAMRA

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

J328-OTRAS SINUSITIS CRÓNICAS

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico

Revisión por sistemas

NEGATIVO

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Recomendaciones

RECOMENDACIONES PARA IRA - COVID 19 Evitar contacto estrecho con otras personas, uso de tapabocas de manera permanente, no viaje si se siente enfermo, cubrir la nariz y boca con el codo o un pañuelo desechable al toser y estornudar y lavarse sus manos inmediatamente, lave las manos frecuentemente con agua y jabón y use gel antibacterial para evitar diseminar las partículas virales DISFONIA CRONICA ¿ GRIPA SE RECOMIENDA LA INGESTA DE ABUNDANTES LIQUIDOS ORALES Y ALIMENTOS QUE CONTENGAN VITAMINA C. DEBE EVITAR: EXPOSICIÓN A VENTILACIÓN DIRECTA Y CORRIENTES DE AIRE FRÍO. EXPOSICIÓN A MATERIAL PARTICULADO, HUMOS, POLVO, ETC. EXPOSICIÓN A TEMPERATURAS EXTREMAS (MENORES DE 12 ° Y MAYORES A 40°). SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE ALTA (MAYOR DE 40°), RESPIRACION RAPIDA, RETRACCIONES EN EL TORAX AL RESPIRAR, DOLOR TORACICO INTENSO.

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	24730316
Nombre completo	GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO	**Registro médico**	16436

Consulta Nutricion Y Dietetica - OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORÍAS

Profesional: ANGELA MARIA BOTERO ARANGO **Fecha Inicio:** 17-02-2022 07:14 PM **Fecha Final:** 17-02-2022 07:14 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Nutricion Y Dietetica

Profesional: ANGELA MARIA BOTERO ARANGO **Fecha:** 17-02-2022 07:14 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Nutricion Y Dietetica

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-02-17 18:52
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Motivo de Consulta

PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD , PROCEDENTE DE MANIZALES - ASISTE SOLO - REMITIDO POR GRUPO DE RIESGO CARDIOVASCULAR, PARA INICIAR MANEJO Y SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION -- ANTECEDENTES PERSONALES: EN TRATAMIENTO CON OTORRINOLARINGOLOGIA - - NO TIENE ESQUEMA DE VACUNACION COVID COMPLETO (2 DOSIS)

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD , PROCEDENTE DE MANIZALES - ASISTE SOLO - REMITIDO POR GRUPO DE RIESGO CARDIOVASCULAR, PARA INICIAR MANEJO Y SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION -- ANTECEDENTES PERSONALES: EN TRATAMIENTO CON OTORRINOLARINGOLOGIA - - NO TIENE ESQUEMA DE VACUNACION COVID COMPLETO (2 DOSIS)

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación	Bebedor social
Observación	1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Resultados Laboratorio

Examen colesterol total

Examen colesterol total	200 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Admisible		

Examen HDL

Examen HDL	35 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Inadecuado		

Examen trigliceridos

Examen trigliceridos	238 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Alto		

Examen LDL

Examen LDL	117.40 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Alto		

Examen creatinina

Examen creatinina	0.86 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Adecuado		

Examen glicemia central en ayunas

Examen glicemia central en ayunas	78 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Adecuado		

Examen ácido úrico

Examen ácido úrico	5.51 mg/dL	**Fecha**	17-02-2021

Examen TSH

Examen TSH	1.3 uUI/mL	**Fecha examen TSH**	03-07-2020

Examen Hemoglobina Serica

Examen Hemoglobina Serica	16.7 g/l	**Fecha**	26-08-2021

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	168 cm	**Peso**	88.2 kg
Peso corporal ideal	68 kg	**IMC**	31.25
Clasificacion	Obesidad tipo I		

Antecedentes Alimentarios

EN LOS DATOS ALIMENTARIOS REFIERE BUEN APETITO. NO REFIERE INTOLERANCIAS, ALERGIAS O RECHAZOS A NINGUN ALIMENTO O PREPARACIÒN -- CONSIDERA QUE LAS PORCIONES QUE CONSUME SON ADECUADAS. MASTICA BIEN, COME

RAPIDO Y TIENE ESTABLECIDOS HORARIOS DE ALIMENTACION. NO REFIERE PROBLEMAS ODONTOLOGICOS. NO REFIERE DIFICULTADES CON EL HABITO INTESTINAL (SUPERO ESTREÑIMIENTO). TIEMPOS DE CONSUMO: 5 (DESAYUNO, ALMUERZO, COMIDA Y 2 REFRIGERIOS) TECNICA DE PREPARACION: VARIADAS/ ANAMNESIS ALIMENTARIA 24 HORAS 1-DESAYUNO: AVENA EN HOJUELAS EN AGUA, HUEVO TIBIO, 2 GALLETAS O AGUAPANELA, PAN O GALLETAS INTEGRALES SIN MANTEQUILLA/ *MEDIA MAÑANA: FRUTA/ 2-ALMUERZO: SOPA 4 X SEMANA O GRANO, ARROZ, PROTEINA VARIADA, PAPA O PLATANO, ENSALADA 3 A 4 X SEMANA, JUGO CON AZUCAR/ *ALGO: FRUTA O AROMATICA O AREPA, CHOCOLATE EN AGUAPANELA/ 3-COMIDA: AREPA SIN MANTEQUILLA, PROTEINA VARIADA O GALLETAS, AGUAPANELA CON LECHE/ *MERIENDA: NADA/ --

Anamnesis Alimentaria

	Desayuno	M. mañana	Almuerzo	Algo	Comida	Merienda	Total	Frecuencia		
Leche entera	0	0	0	0	0	0	0	Diario		
Leche semidescremada			0	0	0	0	0	0	0	Diario
Queso o sustituto			0	0	0	0	0	0	0	Diario
Carnes			0	0	0	0	0	0	0	Diario
Leguminosas			0	0	0	0	0	0	0	Diario
Harinas			0	0	0	0	0	0	0	Diario
Frutas			0	0	0	0	0	0	0	Diario
Verduras			0	0	0	0	0	0	0	Diario
Grasas			0	0	0	0	0	0	0	Diario
Azúcares y dulces			0	0	0	0	0	0	0	Diario
Nueces			0	0	0	0	0	0	0	Diario
Semillas			0	0	0	0	0	0	0	Diario

Plan de Alimentación

	Desayuno	M. mañana	Almuerzo	Algo	Comida	Merienda	Total	Frecuencia		
Leche entera	0	0	0	0	0	0	0	Diario		
Leche semidescremada			0.5	0	0	0	0.5	0	1	Diario
Queso o sustituto			1	0	0	0	0	0	1	Diario
Carnes			0	0	1	0	1	0	2	Diario
Leguminosas			0	0	1	0	0	0	1	3 vec/Semana
Harinas			1	0	2	0	1	0	4	Diario
Frutas			0	1	0	1	0	0	2	Diario
Verduras			0	0	3	0	0	0	3	Diario
Grasas			1	0	1	0	1	0	3	Diario
Azúcares y dulces			0	0	0	0	0	0	0	Diario
Nueces			0	0	0	1	0	0	1	3 vec/Semana
Semillas			0	0	0	0	0	0	0	Diario

Tratamiento Nutricional

Tipo dieta	Hipoglúcida
	Hipograsa
	Hipocalórica

Calculadora Riesgo Cardiovascular

Variables utilizadas

Datos básicos

Edad en años	47	**Sexo**	Masculino
Raza	Mestizo		

Antecedentes

¿Paciente tiene alguno de los siguientes antecedentes?	Hipertensión arterial Hiperlipidemia mixta
¿Paciente con algún familiar diabético?	No

Hábitos y estilos de vida

¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?	Todos los días	**¿Paciente Fuma?**	No

Medicamentos y ayudas diagnósticas

Medicamentos

¿Toma medicación para la hipertensión?	Si	**¿Alguna vez el paciente ha tenido valores altos de glucosa? percepción del paciente**	No

Colesterol HDL	35 mg/dL	**Fecha realización**	26-08-2021
Colesterol Total	200 mg/dL	**Fecha realización**	26-08-2021
Creatinina serica	0.86 mg/dL	**Fecha realización**	26-08-2021
Triglicéridos	238 mg/dL	**Fecha Realización**	26-08-2021
Glicemia	78 mg/dL	**Fecha Realización**	26-08-2021
Envejecimiento renal	83 ml/min		

Fórmula CKD EPI

Resultados CKD EPI

Sexo	Masculino	**Edad**	47
Raza	Mestizo	**Creatinina**	0.86 mg/dL

Interpretación Resultados CKD EPI

Filtrado glomerular CKD EPI	103.26 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Fórmula MDRD

Resultados MDRD

Sexo	Masculino	**Edad**	47
Raza	Mestizo	**Creatinina**	0.86 mg/dL

Interpretación Resultados MDRD

Filtrado glomerular MDRD	101.31 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
08-01-2022	14-01-2022	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta nutrición y dietetica

Notas de análisis y plan

SE ENTREGA PLAN DE ALIMENTACION HIPOCAPORICO DE 1348 CAL/DIA, HIPOGRASO, NORMOPROTEICO, FRACCIONADO, ALTO EN FIBRA, HIPOSODICO, NO CONSUMO DE CARBOHIDRATOS SIMPLES Y CONSUMO DE HARINAS: 1 DESAYUNO, 2 ALMUERZO, 1 COMIDA E INCLUIR MM Y ALGO SIN HARINAS ¿ DATOS ANTROPOMETRICOS 17-02-2022 PESO: 88,2 KG ¿ TALLA: 168,0 CM - IMC: 31,25 KG/M2 OBESIDAD TIPO I

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

E660-OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORÍAS

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Recomendaciones

1. NO CONSUMO DE AZUCAR, MIEL, PANELA, Y REEMPLAZAR CON UN ENDULZANTE (EJEMPLO: DULCRALIGHT (TIENDAS D1) O SPLENDA O ESTEVIA, SUCARYL, ENTRE OTROS) O NO ENDULCE, NO CONSUMO DE DULCES, HARINAS DULCES. Y GASEOSAS. 2. PUEDE CONSUMIR YOGUR LIGHT O 0% O TAPIOCA LIGHT. ES PREFERIBLE LA LECHE SEMIDESCREMADA O DESCREMADA.. 3. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES: BICICLETA, CAMINAR, BAILAR O SUBIR Y BAJAR ESCALAS, ENTRE OTROS Y QUE SE ADECUE A SU ESTADO DE SALUD 4.COMA DESPACIO Y MASTIQUE BIEN CADA BOCADO. 5.EVITAR AYUNO MAYOR A 3 HORAS 6. VARIAR EL CONSUMO DE LEGUMINOSAS COMO FRIJOL, LENTEJA, ARVEJA, GARBANZO, BLANQUILLO, TENIENDO EN CUENTA QUE TAMBIÉN SON HARINAS, CONSUMIRLAS 1 A 2 VECES POR SEMANA 7.CONSUMIR PROTEÍNA ANIMAL MAGRA (BAJA EN GRASA) 8. EVITAR SOPAS, CALDOS, CREMAS Y CONSOME. 9. CONSUMA FRUTA DEL TAMAÑO DE 1 PELOTA DE TENIS O PICADA (1 VASO DE 7 ONZ) 10. EVITAR EL CONSUMO DE JUGO, INCLUIDO EL DE NARANJA O MANDARINA.11. CONSUMA AGUA, AGUA CON GAS, BRETAÑA, AGUA SABORIZADA, AGUA CON LIMÓN (SIN AZÚCAR NI PANELA), CLIGHT O LIGHT YA, TÉ Y AROMÁTICAS DE BOLSA. 12. INCLUIR EN LA ALIMENTACION FRUTOS SECOS, AGUACATE.13. EL CONSUMO DE HARINAS SEGÚN LO INDICADO EN EL PLAN DE ALIMENTACION. 13. NO FRITURAS, NO APANADOS, NO CHULETAS, NO CHICHARRON, PREFERIR PREPARACIONES ASADAS, COCINADAS O AL VAPOR. -¿ CITA DE CONTROL EN 3 MESES --

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30292370
Nombre completo	ANGELA MARIA BOTERO ARANGO	**Registro médico**	05180

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - OTROS TRASTORNOS DE LA RÓTULA

Profesional: LUZ ELENA COLONIA OROZCO **Fecha Inicio:** 29-01-2022 07:24 AM **Fecha Final:** 29-01-2022 07:24 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: LUZ ELENA COLONIA OROZCO **Fecha:** 29-01-2022 07:24 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-01-29 06:59
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

VALORACION REALIZADA CON ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL, ATENCION , DX Y TTO INFECCION SARS COV-2/COVID 19, CONSENSO 03/2020 consulta hoy ´por insomnio

Enfermedad Actual

dolor en rodilla izquierda antecedente de condroplastia mas liberacion de retinaculo lateral de rodilla izquierda artroscópica pendiente control ortopedia asiste por persistencia de dolor . no cambios en piel no edema n eritema no calor local

Revisión por sistemas

Información pulmonar

¿Sintomático respiratorio o tiene síntomas que hagan sospechar tuberculosis? No

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	87.7 kg	**Talla**	167 cm
IMC	31.45	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	72 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Estado general del paciente

alerta hidratado orientado

Cabeza y Cuello

pupilas isocoriocas normorreactivas mucosas rosaceas humedas .

Evaluación de ojo izquierdo	Corrección ojo izquierdo	Fecha última evaluación ojo izquierdo
Paciente no acepta evaluación de agudeza visual	No	30-12-2021

Resultado última evaluación ojo izquierdo	Evaluación de ojo derecho	Corrección ojo derecho
20/40	Paciente no acepta evaluación de agudeza visual	No

Fecha última evaluación ojo derecho	Resultado última evaluación ojo derecho
30-12-2021	20/40

Tórax

campos pulmonares bien ventilados ruidos cardaicos ritmicos

Gastrointestinal

blando sin masas

Genitourinario

No evaluado, no pertinente

Resultado de tacto rectal

No acepta realización de tacto rectal

Osteomuscular

marcha antalgica deformidad en rotula izquierda con masa dura en region inferior de rotula izqueirda dolor intenso en prominencia osea de rotula dolor amovilizacionde rodilla . dolor en 2 articulacion metartatarso falangca derecha

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días	Nueva gestión
14-01-2022	Finalizado	6	No

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Información gestión secuela postcovid

¿El paciente tiene una posible secuela postcovid? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta médico general

Notas de análisis y plan

se da analgesia diea para disminuciodne peso seguimiento peso . incapacidad por hoy

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M228-OTROS TRASTORNOS DE LA RÓTULA

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC **Identificación** 30332110

Nombre completo LUZ ELENA COLONIA OROZCO **Registro médico** 30332110

Orientación telefónica puerta de entrada médico coronavirus - COVID-19 (virus identificado)

Profesional: SANTIAGO JIMENEZ GUZMAN **Fecha Inicio:** 13-01-2022 10:07 AM **Fecha Final:** 13-01-2022 10:07 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Orientación telefónica puerta de entrada médico coronavirus

Profesional: SANTIAGO JIMENEZ GUZMAN **Fecha:** 13-01-2022 10:07 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Orientación telefónica puerta de entrada médico coronavirus

Datos Principales

Tipo de identificación CC **Identificación** 75075796

Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-01-13 09:54
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	167 cm

Genitourinario

No evaluado, no pertinente

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Orientación telefónica puerta de entrada médico coronavirus

Notas de análisis y plan

Me presento como SANTIAGO JIMENEZ GUZMAN médico de EPS SURA, explico que se accederá a un servicio de tele orientación en salud a través del cual se estudiarán de forma telefónica y/o video llamada los síntomas que reporte, se establecerán recomendaciones y tratamiento a seguir, en la medida en que sea posible desde la llamada telefónica. En ningún caso, este servicio reemplaza la atención médica presencial, y tiene las restricciones propias del medio, por lo cual es posible que tras el análisis se recomiende acudir a un servicio presencial. ¿Está de acuerdo en realizar la atención telefónica? R:SI, Acepta. ******** Número de identificación: 75075796 . Paciente de 47 años de edad , cargo: EMPLEADO , dirección: CR 8 # 58 B - 19 BARRIO LA CUMBRE , teléfono: 3113237133 , EPS: SURA , Correo electrónico: juankalarcon127@gmail.com , antecedentes personales: HTA Alergicos: NO, Vacuna influenza: no vigente. Vacuna COVID 19: SINOVAC . Sin criterios de vulnerabilidad. Nexo epidemiológico: PACIENTE REFIERE SE REALIZO PRUEBA LA CUAL RESULTA POSITIVA EL DIA SABADO 08/01/22 REFIERE CUADRO DE TOS SECA, ODINOFAGIA, MIALGIAS, ASTENIA Y ADINAMIA. INICIO DE SINTOMAS 07/01/22 ANALISIS: Dado nexo epidemiológico y clínica se consideró inicialmente como caso confirmado para covid-19 el dia 08/01/22

hoy dia 8/7 desde inicio de síntomas con persistencia de tos seca, mialgias, astenia y adinamia, sin embargo sin síntomas o signos de gravedad, según información previa se considera caso recuperado para Sars-cov2 por lo que se indica alta medica por parte de EPS SURA. Se explica detalladamente, se realiza manejo sintomático, se dan recomendaciones generales de uso de mascarilla facial, distanciamiento social y lavado de manos, signos de alarma para consultar en urgencias o llamar línea de EPS SURA

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

U071-COVID-19 (virus identificado)

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
I839-VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ÚLCERA NI INFLAMACIÓN	Impresión diagnóstica
J989-TRASTORNO RESPIRATORIO, NO ESPECIFICADO	Impresión diagnóstica
E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1053797232
Nombre completo	SANTIAGO JIMENEZ GUZMAN	**Registro médico**	1053797232

Orientación telefónica seguimiento confirmados médico coronavirus - COVID-19 (virus identificado)

Profesional: HAIDE ROSALES HINESTROZA **Fecha Inicio:** 10-01-2022 03:28 PM **Fecha Final:** 10-01-2022 03:28 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Orientación telefónica seguimiento confirmados médico coronavirus

Profesional: HAIDE ROSALES HINESTROZA **Fecha:** 10-01-2022 03:28 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Orientación telefónica seguimiento confirmados médico coronavirus

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-01-10 15:00

Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	167 cm

Genitourinario

No evaluado, no pertinente

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Orientación telefónica seguimiento confirmados médico coronavirus

Notas de análisis y plan

GESTIÓN: ATENCIÓN ENTREGA RESULTADOS POSITIVOS*Me presento como médico de seguimiento Hayde Rosales SURA-INCODOL. Se lee a paciente consentimiento informado; Se accederá a un servicio de tele orientación en salud a través del cual se estudiarán de forma telefónica los síntomas que reporte, se establecerán recomendaciones y tratamiento a seguir, en la medida en que sea posible desde la llamada telefónica. En ningún caso este servicio reemplaza la atención médica presencial, y tiene las restricciones propias del medio, por lo cual es posible que tras el análisis se recomiende acudir a un servicio presencial. Si acepta. ORIENTACION REALIZADA BAJO LOS LINEAMIENTOS DE GUIA 29 SURA BASADA EN MINISTERIO DE SALUD NACIONAL *** Paciente de 47 años, residente en Manizales. Ocupación trabaja como empleado MABE. Con antecedentes patológicos de hipertensión arterial en manejo, SAHOS, dislipidemia. Nexo epidemiológico de origen desconocido. Refiere fecha de inicio de síntomas el 7 de enero de 2022, se le realizó prueba PCR el día 9 de enero de 2022, el cual fue positivo. Se entrega resultado. Actualmente en seguimiento EPS SURA caso 2, prioridad 3, actualmente refiere se siente regular, continúa con tos, astenia, adinamia, congestión nasal, odinofagia, deposiciones líquidas sin moco o sangre #4, inapetencia. Niega actualmente fiebre, dificultad respiratoria, vómito, somnolencia, hipotermia y síntomas cardiovasculares (no dolor torácico). Se encuentra en aislamiento estricto. Toma acetaminofén, sales de rehidratación oral. No aplicó para kit de telemonitoreo. Recibió esquema de vacunación completo con SINOVAC. CONDUCTA: PACIENTE de 47 años, caso 2 confirmado, prioridad 3, con factores de riesgo por HTA. Esquema de vacunación completo. No condiciones especiales. Hoy 4/7 días desde inicio de síntomas. Su evolución

clínica es estacionaria, en el momento no síntomas de severidad, con síntomas leves a moderados. Durante la llamada con actitud colaborador, no se escucha con palabras entrecortadas, habla coherentemente. Incapacidad hasta el día de hoy, me indica no tiene opción de teletrabajo, persiste muy sintomático, dejo prórroga por 2 días hasta el 12 de enero con opción de teletrabajo. FECHA DE PROBABLE FIN DE AISLAMIENTO 13 DE ENERO. Explico estrategia PRASS. Envío link para reportar mapa de contactos. Continúa manejo sintomático, hidratación y nutrición adecuada. Dieta astringente. De acuerdo a lineamientos de EPS SURA guía v29 covid 19, continúa en seguimiento virtual hasta completar 7 días, educo sobre signos y síntomas de alarma. Se dan recomendaciones y signos de alarma, continuar con aislamiento estricto, uso de EPP, lavado frecuente de manos. Resuelvo dudas, paciente refiere entender y aceptar. Indico que si llega a presentar síntomas como: fiebre > 38ºC que no remite, falta de aire o dificultad para respirar, confusión o somnolencia, episodios eméticos o diarréicos que no remiten, expectoración o hemoptisis, dolor en el pecho, cefalea intensa al día 7 de la enfermedad o antes, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias. FECHA DE PROBABLE FIN DE AISLAMIENTO 13 DE ENERO. Explico estrategia PRASS. SE RECUERDA A PACIENTE QUE CONSULTA VIRTUAL NO REEMPLAZA LA PRESENCIALIDAD, Y SUS LIMITACIONES.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

U071-COVID-19 (virus identificado)

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
I839-VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ÚLCERA NI INFLAMACIÓN	Impresión diagnóstica
J989-TRASTORNO RESPIRATORIO, NO ESPECIFICADO	Impresión diagnóstica
E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Recomendaciones

Recomendaciones: MEDIDAS GENERALES: Te entregamos algunas recomendaciones que te servirán para manejar y prevenir infecciones virales como el COVID-19 y evitar su propagación: - Lávate las manos frecuentemente con agua y jabon o utiliza un desinfectante de manos a base de alcohol. - Adopta medidas de higiene respiratoria: Al toser o estornudar, cubrete la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; si usas un pañuelo descartalo inmediatamente y lavate las manos con agua y jabon o utiliza un desinfectante de manos a base de alcohol. Si al estornudar o toser te cubres con las manos puedes contaminar los objetos o las personas que toques. - El distanciamiento social: Manten al menos 2 metros de distancia con las demas personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. Evita compartir articulos de uso personal (telefonos, computadores, llaves, lapiceros, entre otros). - Evita tocarte los ojos, la nariz y la boca. - Informate en fuentes confiables: Ministerio de salud, OMS. - Limpia y descontamina objetos y superficies. - Ventila tu casa y las areas de trabajo cada vez que sea posible. - Recuerda registrarte en la aplicación CoronApp - En caso de sospecha de coronavirus, debes AISLARTE por 7 días desde el inicio de los síntomas, o desde el contacto estrecho en caso de no tener síntomas y no tener esquema de vacunación completo, Además es importante que le cuentes a tu empleador y a las personas que tengas cerca, de tal manera que puedan tomar las decisiones de aislamiento necesarias mientras se confirma la presencia o no del virus.

En SURA nos preocupa tu salud, procura permanecer en casa esta temporada de EMERGENCIA SANITARIA. Si tienes dudas sobre el COVID 19 puedes contactarnos: EPS SURA: línea nacional 018000519519 Opción 1-3, en Medellín 604 448 61 15 opción 3 o escribir al WhatsApp 3024546329 o 317 518 02 37. PÓLIZA: 01 8000 51 8888 Celular: #888 Opción 0. Recuerda que estos canales están habilitados en caso de aparición de nuevos síntomas o reactivación de los ya existentes, o descarga la APP de SEGUROS SURA y eliges atención virtual en salud.

La medida de aislamiento no requiere incapacidad, esta se entrega de acuerdo a la evolución del estado de salud por criterio médico. Debes acordar con tu empleador la forma de trabajo para garantizar el aislamiento.

En Caso de síntomas son leves, puedes contactarnos por nuestros canales de atención virtual. Si tus síntomas no mejoran, empeoran o presentas síntomas de alarma (ver abajo), consulta al servicio de Urgencias más cercano. Fiebre cuantificada (mayor o igual a 38

grados) por más de dos dias Sensación de dificultad para respirar. Respiración más rápida de lo normal. Decaimiento del estado general en forma rapida. Somnolencia o dificultad para despertar. Si el pecho te suena o te duele al respirar. Si los labios o los dedos se ponen morados o azules

Se dan recomendaciones y signos de alarma, continuar con aislamiento estricto, uso de EPP, lavado frecuente de manos. Resuelvo dudas, paciente refiere entender y aceptar. Indico que si llega a presentar síntomas como: fiebre > 38ºC que no remite, falta de aire o dificultad para respirar, confusión o somnolencia, episodios eméticos o diarréicos que no remiten, expectoración o hemoptisis, dolor en el pecho, cefalea intensa al día 7 de la enfermedad o antes, debe acudir inmediatamente al servicio de urgencias. FECHA DE PROBABLE FIN DE AISLAMIENTO 13 DE ENERO. Explico estrategia PRASS. SE RECUERDA A PACIENTE QUE CONSULTA VIRTUAL NO REEMPLAZA LA PRESENCIALIDAD, Y SUS LIMITACIONES.

Hoy te han enviado una prueba diagnóstica para COVID-19, conoce las sedes que hemos dispuesto para realizar la toma de tu muestra. Copia el siguiente enlace y pégalo en tu navegador de internet: https://comunicaciones.segurossura.com.co/MercadeoPersonas/MAILS/7-DirectorioCompletoSedes-ago24.pdf

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1020803176
Nombre completo	HAIDE ROSALES HINESTROZA	**Registro médico**	1020803176

Gestión Enfermeria - COVID-19 (virus no identificado)

Profesional: CAROLINA ROJAS GOMEZ **Fecha Inicio:** 08-01-2022 03:19 PM **Fecha Final:** 08-01-2022 03:19 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Gestión Enfermeria

Profesional: CAROLINA ROJAS GOMEZ **Fecha:** 08-01-2022 03:19 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Gestión Enfermeria

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-01-08 15:19
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO,

HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla 167 cm

Genitourinario

No evaluado, no pertinente

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Gestión Enfermeria

Notas de análisis y plan

Se toma muestra de RT-PCR molecular para covid usando todos los elementos de protección personal definidos en los protocolos de atención institucional . Se realiza procedimiento hisopado nasofaríngeo sin complicaciones. Realizado por Jhon Fredy Alvarez

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

U072-COVID-19 (virus no identificado)

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC **Identificación** 30404346

Nombre completo CAROLINA ROJAS GOMEZ **Registro médico** 30404346

INS 346 - Infección respiratoria aguda por virus nuevo - V2

Profesional: ESTEBAN GIRALDO VILLEGAS **Fecha Inicio:** 08-01-2022 03:18 PM **Fecha Final:** 08-01-2022 03:18 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita INS 346 - Infección respiratoria aguda por virus nuevo - V2

Profesional: ESTEBAN GIRALDO VILLEGAS **Fecha:** 08-01-2022 03:18 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

INS 346 - Infección respiratoria aguda por virus nuevo - V2

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-01-08 15:18
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	TODOS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Información general

Información general

Departamento	17	**Municipio**	001
Código	00872	**Sub-Índice**	02
Razón social de la unidad primaria generadora del dato	IPS COVID -CAJA COMPENSACIÓN FAMILIAR CALDAS CONFA	**Nombre del evento**	INFECCIÓN RESPIRATORIA POR VIRUS NUEVO
Código del evento	346	**Fecha de la notificación**	08-01-2022
Clasificación COVID-19 inicial	COVID-19 - Caso 2	**Último resultado**	Pendiente

Identificación del paciente

Identificación del paciente

Teléfono	8754184	**Fecha de nacimiento**	27-11-1974
Edad	47 Años	**Código de nacionalidad**	170
Nacionalidad del paciente	170 - COLOMBIA	**Código país de ocurrencia del caso**	170
País	170 - COLOMBIA	**Municipio y departamento de ocurrencia**	MANIZALES - CALDAS
Código departamento de ocurrencia del caso	17	**Código municipio de ocurrencia del caso**	001
Área de ocurrencia del caso	Cabecera municipal	**Localidad**	SIN INFORMACIÓN
Barrio de ocurrencia del caso	la cumbre	**Ocupación**	EMPLEADO MABE
Tipo de régimen en salud	C. Contributivo	**Código administradora de planes de beneficios**	EPS010
Administradora de planes de beneficios	EPS010-SURA E.P.S CONTRIBUTIVO	**Pertenencia étnica**	Otro
Grupo poblacional	Otros grupos poblacionales		

Notificación

Notificación

Fuentes	Notificación rutinaria	**Dirección de residencia**	CR 8 # 58 B - 19

Fecha de consulta	08-01-2022	**Fecha inicio de síntomas**	07-01-2022
Clasificación COVID-19 inicial	Probable	**Hospitalizado**	No
Condición final	Vivo	**Profesional que diligencio la ficha**	ESTEBAN GIRALDO VILLEGAS
Teléfono profesional	8748680 □ 8783111		

¿Por qué se notifica el caso como Ira por virus nuevo?

¿Por qué se notifica el caso como Ira por virus nuevo?

¿Viajo a areas de circulación del virus nuevo?	No	**¿El viaje fue en el territorio nacional?**	No
¿El viaje fue internacional?	No	**¿Tuvo contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado?**	No
Síntomas	Paciente con tos Fatiga o adinámia Cefalea		

Antecedentes clínicos

Antecedentes clínicos

Hipertensión	☑

Diagnostico y tratamiento

Diagnostico y tratamiento

Si se tomó de radiografía de tórax ¿qué hallazgos se presentaron?	Ninguno

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1118553220
Nombre completo	ESTEBAN GIRALDO VILLEGAS	**Registro médico**	1118553220

Consulta medica no programada - IPS COVID capitada - COVID-19 (virus no identificado)

Profesional: ESTEBAN GIRALDO VILLEGAS **Fecha Inicio:** 08-01-2022 03:17 PM **Fecha Final:** 08-01-2022 03:17 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta medica no programada - IPS COVID capitada

Profesional: ESTEBAN GIRALDO VILLEGAS **Fecha:** 08-01-2022 03:17 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta medica no programada - IPS COVID capitada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-01-08 15:02
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com

Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

"Tengo mucho malestar"

Enfermedad Actual

e realza atención con elementos de protección personal Paciente de 47 años de edad con antecedente de HTA en manejo con telmisartan 40mg/día, clortalidona 12.5mg/día quien consulta por cuadro clínico de 1 días de evolución que inicia el 07/01/2022 consistente en cefalea holocraneal con intensidad 8/10, congestión nasal, mialgias, tos con flema ocasional, odinofagia,malestar general, adinamia NIEGA fiebre, disnea, dolor torácico, disgeusia, hiposmia y diarrea, paciente refiere haber tomado acetaminofén con pobre mejoría de su cuadro, niega nexo epidemiológico estrecho. Refiere reciente viaje a santa marta

Revisión por sistemas

Niega

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	80 kg	**Talla**	167 cm
IMC	28.69	**Clasificación**	Sobrepeso

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	78 lpm	**Frecuencia respiratoria**	15 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Saturación de oxígeno sin oxígeno
36.5 °C	Axilar	95 %

Estado general del paciente

Afebril, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria, conciente autopsiquica y alopsiquicamente

Cabeza y Cuello

Normocefala, pupilas isocóricas, normorreactivas, nariz sin alteraciones, oídos pabellón auricular bien implantado, cae externo permeable sin alteraciones, cuello móvil, sin adenopatías sin ingurgitación yugular, no soplos .

Tórax

Tórax normoexpansible, sin lesiones, a la auscultación murmullo vesicular presente sin sobreagregados, ruidos cardiacos rítmicos, sincrónicos, sin soplos, a la percusión sin matidez.

Gastrointestinal

Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias, peristaltismo presente

Genitourinario

No evaluado, no pertinente

Osteomuscular

Arcos de movilidad presente, reflejos. osteomusculares adecuados, adecuado tono muscular

Neurologicos

Sin déficit focal o motor aparente, glasgow 15/15.

Vascular periférico

Adecuado llenado capilar, menor a 2 segundos, sin cambios en coloraciÛn de extremidades.

Piel y anexos

Sana sin lesiones escoriativas

News2

Variables a utilizar

Frecuencia respiratoria	(+0) Entre 12-20	**Paciente es EPOC**	No
Saturación de oxígeno	(+0) Mayor igual a 96	**Oxígeno suplementario**	(+0) NO
Tensión arterial sistólica	(+0) Entre 111-129	**Frecuencia cardíaca**	(+0) Entre 51-90
Nivel de consciencia	(+0) Alerta	**Temperatura**	(+0) Entre 36.1-38.0

Score e interpretación

Total de puntos	0
Riesgo clínico	NEWS 1 Entre 0-4 Puntos
Respuesta clínica	Continua en el seguimiento de automonitoreo pacientes Covid-19

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa

Tipo atención Consulta medica no programada - IPS COVID capitada

Notas de análisis y plan

Paciente de 47 años de edad con antecedentes patológicos descritos quien ingres por ruta covid, paciente en el momento estable clínica y hemodinamcmente sin signos de dificultad respiratoria, sin sirs clínico, sin nexo epidemiológico estrecho, paciente quien labora como mecánico,se realiza score news2: 0 puntos crb65 0 puntos suin criterios de severidad ene l momento por el momento se clasifica como caso sospechoso tipo 2 para infección por covid19 según lineamientos del INS y guías N 20 de sura, por lo cual se indica toma de prueba RT PCR, se indica incapacidad por 3 días, se indica manejo sintomático en caso de no mejorar o empeorar se indica consultar nuevamente, se dan claros signos de alarma

Notas de expectativas y metas

Notas de expectativas y metas 1. comprobar cumplimiento terapéutico 2. adecuada adherencia a dieta dash 3. disminuir consumo de alimentos tales como consumo de embutidos, conservas como el atún en lata, alimentos ahumados, pastillas para caldos, galletas leche en polvo, condensada, carnes en conserva pan con sal verduras en conserva, refrescos, pre- cocidos, ostras, mejillones. 4. realizar actividad física mínimo 30 minutos diarios o 150 minutos a la semana 5. aumentar consumo de verduras 6. sustituir sal por alimentos tales como ajo, perejil, cebolla, pimentón, nuez moscada, orégano 7. disminuir consumo de alimentos dulces como: agua panela, az¿car blanca, leche condensada, gaseosas ***signos de alarma *** dolor torácico opresivo irradiado a miembro superior izquierdo, dolor abdominal o de cabeza que no mejore con acetaminofén, pérdida de la conciencia, vómito con sangre o deposiciones con sangre. Pérdida de la visión repentina Se educa en Salud sexual y reproductiva.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

U072-COVID-19 (virus no identificado)

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
I839-VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ÚLCERA NI INFLAMACIÓN	Impresión diagnóstica
J989-TRASTORNO RESPIRATORIO, NO ESPECIFICADO	Impresión diagnóstica
E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	Impresión diagnóstica

Recomendaciones

Recomendaciones: MEDIDAS GENERALES: Te entregamos algunas recomendaciones que te servirán para manejar y prevenir infecciones virales como el COVID-19 y evitar su propagación: - Lávate las manos frecuentemente con agua y jabon o utiliza un desinfectante de manos a base de alcohol. - Adopta medidas de higiene respiratoria: Al toser o estornudar, cubrete la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; si usas un pañuelo descartalo inmediatamente y lavate las manos con agua y jabon o utiliza un desinfectante de manos a base de alcohol. Si al estornudar o toser te cubres con las manos puedes contaminar los objetos o las personas que toques. - El distanciamiento social: Manten al menos 2 metros de distancia con las demas personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. Evita compartir articulos de uso personal (telefonos, computadores, llaves, lapiceros, entre otros). - Evita tocarte los ojos, la nariz y la boca. - Informate en fuentes confiables: Ministerio de salud, OMS. - Limpia y descontamina objetos y superficies. - Ventila tu casa y las areas de trabajo cada vez que sea posible. - Recuerda registrarte en la aplicación CoronApp - En caso de sospecha de coronavirus, debes AISLARTE por 7 días desde el inicio de los síntomas, o desde el contacto estrecho en caso de no tener síntomas y no tener esquema de vacunación completo, Además es

importante que le cuentes a tu empleador y a las personas que tengas cerca, de tal manera que puedan tomar las decisiones de aislamiento necesarias mientras se confirma la presencia o no del virus.

En SURA nos preocupa tu salud, procura permanecer en casa esta temporada de EMERGENCIA SANITARIA. Si tienes dudas sobre el COVID 19 puedes contactarnos: EPS SURA: línea nacional 018000519519 Opción 1-3, en Medellín 604 448 61 15 opción 3 o escribir al WhatsApp 3024546329 o 317 518 02 37. PÓLIZA: 01 8000 51 8888 Celular: #888 Opción 0. Recuerda que estos canales están habilitados en caso de aparición de nuevos síntomas o reactivación de los ya existentes, o descarga la APP de SEGUROS SURA y eliges atención virtual en salud.

La medida de aislamiento no requiere incapacidad, esta se entrega de acuerdo a la evolución del estado de salud por criterio médico. Debes acordar con tu empleador la forma de trabajo para garantizar el aislamiento.

En Caso de síntomas son leves, puedes contactarnos por nuestros canales de atención virtual. Si tus síntomas no mejoran, empeoran o presentas síntomas de alarma (ver abajo), consulta al servicio de Urgencias más cercano. Fiebre cuantificada (mayor o igual a 38 grados) por más de dos dias Sensación de dificultad para respirar. Respiración más rápida de lo normal. Decaimiento del estado general en forma rapida. Somnolencia o dificultad para despertar. Si el pecho te suena o te duele al respirar. Si los labios o los dedos se ponen morados o azules

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1118553220
Nombre completo	ESTEBAN GIRALDO VILLEGAS	**Registro médico**	1118553220

Pretriage COVID-19

Profesional: CAROLINA ROJAS GOMEZ **Fecha Inicio:** 08-01-2022 02:33 PM **Fecha Final:** 08-01-2022 02:33 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Pretriage COVID-19

Profesional: CAROLINA ROJAS GOMEZ **Fecha:** 08-01-2022 02:33 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Pretriage COVID-19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2022-01-08 14:32
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Pretriage COVID-19

Pretriage COVID-19

Cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico

¿Ha tenido fiebre?

No

¿Ha tenido problemas respiratorios (Incluyendo tos) en los últimos 14 días?

Si

¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?

Si

¿En su entorno cercano hay más de 2 casos con fiebre y/o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios?

No

¿El paciente cree que tiene infección por COVID-19?

Si

Pretriage COVID-19

¿Motivo de visita a la sede?	Otra
Cual	URGENCIAS

Resultado

Clasificación	ZONA COVID
Direccionamiento	Cita asignada con el profesional ESTEBAN GIRALDO VILLEGAS el día 2022-01-08 a las 15:15
Mensaje informativo	ZONA COVID
Respuesta servicio agenda	Cita asignada con el profesional ESTEBAN GIRALDO VILLEGAS el día 2022-01-08 a las 15:15

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30404346
Nombre completo	CAROLINA ROJAS GOMEZ	**Registro médico**	30404346

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - DOLOR EN ARTICULACIÓN

Profesional: ALEXANDER TORRES JIMENEZ **Fecha Inicio:** 30-12-2021 01:40 PM **Fecha Final:** 30-12-2021 01:40 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: ALEXANDER TORRES JIMENEZ **Fecha:** 30-12-2021 01:40 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-12-30 13:12
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

Se atiende con todos los elementos de protección personal y normas de bioseguridad.

Enfermedad Actual

" Control de la orina"

Revisión por sistemas

Paciente con cuadro clínico de 8 días de evolucion consistente en sintomas urinarios con utilización de trimetropin sulfa con evidente mejoría de su cuadro

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	89 kg	**Talla**	167 cm
IMC	31.91	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	73 lpm	**Frecuencia respiratoria**	19 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Estado general del paciente

Aparentes buenas condiciones generales

Cabeza y Cuello

Cabeza: ojos con pupilas isocóricas y reactivas a la luz; conjuntiva palpebral rosada. Visión adecuada de lejos y para la visión de cerca. Campo visual por confrontación normal. Fosas nasales permeables. Boca: mucosa húmeda y rosada; faringe rosada. Sin alteraciones evidentes de la audición. Cuello: Glándula tiroides adecuado volumen, No se palpan adenopatías. No se auscultan soplos carotídeos. No hay ingurgitación yugular.

Evaluación de ojo izquierdo	Corrección ojo izquierdo	Fecha última evaluación ojo izquierdo
20/40	No	20-12-2021

Resultado última evaluación ojo izquierdo	Evaluación de ojo derecho	Corrección ojo derecho
20/30	20/40	No

Fecha última evaluación ojo derecho	Resultado última evaluación ojo derecho
20-12-2021	20/30

Tórax

Tórax: Caja torácica sin alteraciones. Axilas sin adenopatías. Pulmones: Expansión pulmonar normal; sonoridad normal a la percusión; vibraciones vocales se palpan normales; murmullo pulmonar presente, sin ruidos agregados. Corazón: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos

Gastrointestinal

Abdomen: Blando, depresible, indoloro, no se palpan masas, no se auscultan soplos en la región del epigastrio ni hacia los vasos ilíacos; ruidos intestinales normales. En las regiones inguinales no se encuentran hernias.

Genitourinario

No evaluado

Resultado de tacto rectal

No se realiza

Osteomuscular

Columna y extremidades: Curvaturas de la columna vertebral normales. Articulaciones sin mayores alteraciones.

Neurológico

Conciencia y estado mental: paciente conciente, orientada en tiempo y espacio. Pares craneanos: no se encuentran alteraciones. Campo visual por confrontación normal. Examen motor: movimientos, reflejos osteotendíneos y coordinación: todos normales. No se observan movimientos anormales. Examen sensitivo: sensibilidad fina y al dolor conservada. Sensibilidad propioceptiva normal. Sin signos meníngeos.

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
04-11-2020	10-11-2020	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta médico general

Notas de análisis y plan

Paciente con antecedentes de infección urinaria con inicio de antibiótico con mejoría de su cuadro por tal motivo se indica toma de abundante líquido. Paciente con dolor a nivel de miembros inferior derecho por lo que inició colchicina por 1 mes

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M255-DOLOR EN ARTICULACIÓN

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75090295
Nombre completo	ALEXANDER TORRES JIMENEZ	**Registro médico**	75090295

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - OTROS SÍNTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA URINARIO Y LOS NO ESPECIFICADOS

Profesional: ALEXANDER TORRES JIMENEZ **Fecha Inicio:** 20-12-2021 02:13 PM **Fecha Final:** 20-12-2021 02:13 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: ALEXANDER TORRES JIMENEZ **Fecha:** 20-12-2021 02:13 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-12-20 13:54
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge

Teléfono responsable	3128042729

Acompañante

Viene con acompañante	No

Motivo de Consulta

Se atiende con todos los elementos de protección personal y normas de bioseguridad. " Tengo mucha diarrea"

Enfermedad Actual

Paciente con cuadro clínico de 1 semana de evolución consistente dolor abdominal tipo cólico con presencia de deposiciones diarreicas, igualmente con presencia de prepucio redundante con orina hipercoloreada de mal olor, disuria.

Revisión por sistemas

Presencia de ardor al orinar

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	90 kg	**Talla**	167 cm
IMC	32.27	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	85 lpm	**Frecuencia respiratoria**	19 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Estado general del paciente

Aparentes buenas condiciones generales

Cabeza y Cuello

Cabeza: ojos con pupilas isocóricas y reactivas a la luz; conjuntiva palpebral rosada. Visión adecuada de lejos y para la visión de cerca. Campo visual por confrontación normal. Fosas nasales permeables. Boca: mucosa húmeda y rosada; faringe rosada. Sin alteraciones evidentes de la audición. Cuello: Glándula tiroides adecuado volumen, No se palpan adenopatías. No se auscultan soplos carotídeos. No hay ingurgitación yugular.

Evaluación de ojo izquierdo	Corrección ojo izquierdo	Fecha última evaluación ojo izquierdo
20/30	No	16-11-2021

Resultado última evaluación ojo izquierdo	Evaluación de ojo derecho	Corrección ojo derecho
20/20	20/30	No

Fecha última evaluación ojo derecho	Resultado última evaluación ojo derecho
16-11-2021	20/20

Tórax

Tórax: Caja torácica sin alteraciones. Axilas sin adenopatías. Pulmones: Expansión pulmonar normal; sonoridad normal a la percusión; vibraciones vocales se palpan normales; murmullo pulmonar presente, sin ruidos agregados. Corazón: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos

Gastrointestinal

Abdomen: Blando, depresible, indoloro, no se palpan masas, no se auscultan soplos en la región del epigastrio ni hacia los vasos ilíacos; ruidos intestinales normales. En las regiones inguinales no se encuentran hernias.

Genitourinario

Puñopercusión positiva

Resultado de tacto rectal

No se realiza

Osteomuscular

Columna y extremidades: Curvaturas de la columna vertebral normales. Articulaciones sin mayores alteraciones.

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
04-11-2020	10-11-2020	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta médico general

Notas de análisis y plan

Paciente con signos y síntomas de de infección de tracto urinario por lo que inició tratamiento con trimetropin sulfa dado alergia a penicilina, se indica la ingesta de líquido abundante no ingesta de alcohol.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

R398-OTROS SÍNTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL SISTEMA URINARIO Y LOS NO ESPECIFICADOS

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75090295
Nombre completo	ALEXANDER TORRES JIMENEZ	**Registro médico**	75090295

Pretriage COVID-19

Profesional: MARIA FERNANDA OSPINA HURTADO **Fecha Inicio:** 10-12-2021 03:24 PM **Fecha Final:** 10-12-2021 03:24 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Pretriage COVID-19

Profesional: MARIA FERNANDA OSPINA HURTADO **Fecha:** 10-12-2021 03:24 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Pretriage COVID-19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-12-10 15:24
Edad en la atención	47 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Pretriage COVID-19

Pretriage COVID-19

Cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico

¿Ha tenido fiebre?

No

¿Ha tenido problemas respiratorios (Incluyendo tos) en los últimos 14 días?

No

¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?

No

¿En su entorno cercano hay más de 2 casos con fiebre y/o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios?

No

¿El paciente cree que tiene infección por COVID-19?

No

Pretriage COVID-19

¿Motivo de visita a la sede?	Consulta odontología

Resultado

Clasificación	NO COVID
Direccionamiento	Recuerde al usuario que los tramites los puede realizar por la página de EPSSURA www.epssura.com la opción tramites a un click ya sean tramites de regional o IPS básica para no exponerlo y cuidarlo desde su casa.
Mensaje informativo	NO COVID

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - OTRAS SINOVITIS Y TENOSINOVITIS

Profesional: CLAUDIA CAROLINA PULGARIN GUTIERREZ **Fecha Inicio:** 25-11-2021 11:57 AM **Fecha Final:** 25-11-2021 11:57 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: CLAUDIA CAROLINA PULGARIN GUTIERREZ **Fecha:** 25-11-2021 11:57 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-11-25 11:36
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

Paciente atendido bajo protocolos de bioseguridad estipulados por ministerio de salud frente a Covid 19. ¨un dolor en este pie¨

Enfermedad Actual

Paciente de 46 años, operario Mabe, con clínica hace un mes de dolor en 2do y 3er artejo y dorso pie derecho- Ya había consultado anteriormente donde indican Rx de pie 28/10/2021, normal.--acido Urico: 6-- ciclo acetaminofén tramadol tiamina sin mejoría.

Revisión por sistemas

Información pulmonar

¿Sintomático respiratorio o tiene síntomas que hagan sospechar tuberculosis? No

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? No

¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? No

¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? No

¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	89 kg	**Talla**	167 cm
IMC	31.91	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	77 lpm	**Frecuencia respiratoria**	17 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Clasificación de la temperatura
36 °C	Axilar	Normal

Estado general del paciente

Buen estado general, afebril, hidratado, colabora con interrogatorio.

Cabeza y Cuello

Fecha última evaluación ojo izquierdo	Resultado última evaluación ojo izquierdo
16-11-2021	20/20
Fecha última evaluación ojo derecho	**Resultado última evaluación ojo derecho**
16-11-2021	20/20

Tórax

Ruidos cardiacos ritmicos regulares, no soplos. No sobreagregados pulmonares.

Gastrointestinal

Abdomen blando depresible no masas no megalias, no dolor a la palpación, no sx irritación peritoneal.

Genitourinario

no se examina

Resultado de tacto rectal

No se realiza

Osteomuscular

Extremidades eutróficas, no edemas, dolor a la movilidad 2do y 3er artejo pie derecho.

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días	Nueva gestión
10-11-2020	Finalizado	6	No

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Información gestión secuela postcovid

¿El paciente tiene una posible secuela postcovid? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta médico general

Notas de análisis y plan

Paciente de 46 años, operario Mabe, con clínica hace un mes de dolor en 3ro y 4to artejo y dorso pie derecho- Ya había consultado anteriormente donde indican Rx de pie 28/10/2021, normal.--acido Urico: 6-- ciclo acetaminofén tramadol tiamina sin mejoria. ***Paciente con trastorno de tejidos blandos- se indica ciclo desinflamatorio- terapias fisicas. se insiste en dieta y perdida de peso.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M658-OTRAS SINOVITIS Y TENOSINOVITIS

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Recomendaciones

A pesar de que tienes el esquema de vacunación completo para COVID-19, recuerda que debes seguir usando el tapabocas, lavado frecuente de manos y distanciamiento físico para evitar contagiarte y contagiar a quienes no estén vacunados.

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1082888297
Nombre completo	CLAUDIA CAROLINA PULGARIN GUTIERREZ	**Registro médico**	1082888297

Consulta Médico Centinela - APNEA DEL SUEÑO

Profesional: MARIA EUGENIA HERNANDEZ DUQUE **Fecha Inicio:** 24-11-2021 03:50 PM **Fecha Final:** 24-11-2021 03:50 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Médico Centinela

Profesional: MARIA EUGENIA HERNANDEZ DUQUE **Fecha:** 24-11-2021 03:50 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico Centinela

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-11-24 15:27
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

ATENCIÓN REALIZADA SIGUIENDO PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD. MEDICINA LABORAL MC: "ME ENVIO LA FISIATRA POR LO DE LA APNEA".

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 46 AÑOS, QUIEN REFIERE ANTECEDENTE DE SINDROME DE TUNEL CARPIANO DERECHO Y TENDINITIS DE LOS FLEXOEXTENSORES DE LA MUÑECA DERECHA. VALORADO POR MEDICINA LABORAL EN 02-2020 SE REALIZO PONENCIA PARA ESTUDIO DE ORIGEN, SIN EMBARGO EL PACIENTE HASTA EL MOMENTO DESCONOCE CALIFIACION. CONTINUA EN MANEJO POR FISIATRIA, ULTIMO CONTROL EN 24-05-2021 ENCUENTRA APNEA DEL SUEÑO, ORDENA CPAP, VALORACION POR CLINICA DEL SUEÑO. VALORACION POR MEDICINA LABORAL PARA RESTRICCION DE TURNOS NOCTURNOS. CONTROL EN 3 MESES. NO HA SIDO VALORADO POR MEDICO LABORAL DE LA EMPRESA. REFIERE DOLOR EN RODILLA DERECHA POR PATOLOGIA DE LA ROTULA LO QUE OCASIONA DOLOR, TIENE PENDIENTE REALIZACION DE BLOQUEO. LABORA EN MABE DESDE HACE 26.5 AÑOS. CARGO: OPERARIO DE CONTROL DE CALIDAD. FUNCIONES: TITULACIONES QUIMICAS CON PIPETAS. MANEJA HERRAMIENTAS HIDRÁULICAS. REALIZA LABORES OPERATIVAS Y ADMINISTRATIVAS. JORNADA LABORAL DE 8 HORAS, 6 DIAS A LA SEMANA, EN OCASIONES LA JORNADA SE EXTIENDE HASTA LAS 12 HORAS. TUIRNOS ROTATIVOS.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación	Bebedor social
Observación	1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	89.5 kg	**Talla**	167 cm
IMC	32.09	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	70 lpm	**Frecuencia respiratoria**	16 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Estado general del paciente

INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, MARCHA INDEPENDIENTE.

Tórax

SIMETRICO, NORMOEXPANSIVO, SIN TIRAJES. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR DE ADECUADO TONO E INTENSIDAD EN TODO EL CAMPO PULMONAR SIN SOBREAGREGADOS.

Genitourinario

no se examina

Osteomuscular

MIEMBRO SUPERIOR DERECHO: SIN DOLOR O LIMITACION EN HOMBRO Y CODO. DOLOR A LA PALPACION GENERALIZADA DE ANTEBRAZO. TINEL POSITIVO. PHALEN Y FINKESTEIN NEGATIVO. FUERZA 4/5. RODILLA IZQUIERDA CON EDEMA, CREPITACION Y DOLOR A LA MOVILIZACION, SIN RESTRICCION EN LOS ARCOS DE MOVIMIENTOS. REALIZA MARCHA EN PUNTAS Y TALONES SIN DIFICULTAD.

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días	Nueva gestión
10-11-2020	Finalizado	6	No

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Información gestión secuela postcovid

¿El paciente tiene una posible secuela postcovid? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta médico centinela

Notas de análisis y plan

PACIENTE DE 46 AÑOS, CON MULTIPLES COMORBILIDADES. EN 02-2020 SE REALIZO PONENCIA PARA ESTUDIO DE ORIGEN, SIN CONOCER DICTAMEN HASTA EL MOMENTO POR LO CUAL SE SOLICITA INFORMACION A EPS. SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUE LAS RESTRICCIONES LABORALES SON EMITIDAS POR MEDICO LABORAL DE LA EMPRESA POR LO CUAL DEBE SOLICITAR VALORACION POR EL MIMSO. CONTINUAR MANEJO ESPECIALIZADO.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

G473-APNEA DEL SUEÑO

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC **Identificación** 1053767382

Nombre completo MARIA EUGENIA HERNANDEZ DUQUE **Registro médico** 1053767382

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - OTRAS SINOVITIS Y TENOSINOVITIS

Profesional: NESTOR JAIME PEREZ GONZALEZ **Fecha Inicio:** 16-11-2021 03:10 PM **Fecha Final:** 16-11-2021 03:10 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: NESTOR JAIME PEREZ GONZALEZ **Fecha:** 16-11-2021 03:10 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-11-16 14:43
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

Dolor pie

Enfermedad Actual

Dolor en inflamacion de pie derecho de un mes largo de evolucion, diclofenaco y betametasona sin mejoria. RX de pie (28/10/2021, normal; Trae EKG de control ordenado por hipertension, el cual muestra cambios de bloqueo de rama derecha incipiente;

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	90.5 kg	**Talla**	167 cm
IMC	32.45	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	88 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Estado general del paciente

aceptables condiciones generales, obesa, cojera antalgica

Cabeza y Cuello

PINR, usa gafas permanentes, cuello sin masas

Evaluación de ojo izquierdo	Corrección ojo izquierdo	Evaluación de ojo derecho	Corrección ojo derecho
20/20	Si	20/20	Si

Tórax

auscultacion cardiopulmonar normal

Gastrointestinal

abdomen blando, no masas, no dolor

Genitourinario

no se examina

Resultado de tacto rectal

No se realiza

Osteomuscular

no alteraciones externa pie derecho, dolor al palpar dorso y de 11 dedos y 2 metacarpianos, no inflamacion, no dolor en planta del pie, discreta limitacion de movimientos propios del pies, pero si hay cojera antalgica.

Neurológico

normal

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
04-11-2020	10-11-2020	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta médico general

Notas de análisis y plan

dolor en pie, 2 y 3 dedo pie derecho; diclofencaco sin mejoria; trae EKG con bloqueo incipiente de rama derecha; RX de pie normal; al examen fisico obeso, presion en metas, no alteraciones externa pie derecho, dolor al palpar dorso y de 11 dedos y 2 metacarpianos, no inflamacion, no dolor en planta del pie, discreta limitacion de movimientos propios del pies, pero si hay cojera antalgica. se maneja como trndinitis, analgesicops, calor local,

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M658-OTRAS SINOVITIS Y TENOSINOVITIS

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	10234730
Nombre completo	NESTOR JAIME PEREZ GONZALEZ	**Registro médico**	531

Consulta No Programada - DOLOR AGUDO

Profesional: GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO **Fecha Inicio:** 28-10-2021 03:26 PM **Fecha Final:** 28-10-2021 03:26 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO **Fecha:** 28-10-2021 03:26 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-10-28 14:47
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante	No

Motivo de Consulta

" DOLOR EN DORSO DEL PIE " SE ATIENDE EL PACIENTE UTILIZANDO TODO EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD, UTILIZANDO TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A PROTOCOLO INSTITUCIONAL Y CONSENSO

COLOMBIANO DE ATENCION, DIAGNOSTICO Y MANEJO DE INFECCION POR SRASR- COV2/ COVID 19 EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION A LA SALUD 03 ¿ 2020

Enfermedad Actual

PACIENTE EN LA QUINTA DECADA DE LA VIDA CON ANTECEDENTE DE HTA Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO FARMACOLOGICO, CON CUADRO CLÍNICO DE 20 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR INTENSO EN DORSO DEL PIE DERECHO, NO ANTECEDENTES DE TRAUMA, NO EDEMA, NO ERITEMA, NO CALOR LOCL, REFIERE OCASIONALMENTE PARESTESIAS, SE LE REALIZO SAFENECTOMIA HACE 3 AÑOS.

Revisión por sistemas

NEGATIVO

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Observación 1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias No

Psicoactivas?

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	90.8 kg	**Talla**	170 cm
IMC	31.42	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	83 lpm	**Frecuencia respiratoria**	16 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Saturación de oxígeno sin oxígeno
36.5 °C	Axilar	94 %

Estado general del paciente

APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, DESPIERTO, ORIENTADO, CONCIENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

Cabeza y Cuello

NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR ORL: OTOSCOPIA NORMAL - AMIGDALAS SIN EXUDADOS OROFARINGE SANA / MUCOSA NASAL SIN ALTERACIONES // CAE PERMEABLES SIN ALTERACIONES BILATERAL

Tórax

RSCSRS NO SOPLOS. MURMULLO VESICULAR LIMPIO. SIN SOBREAGREGADOS. TORAX EXPANDIBLE / NO ALTERACIONES EN LA MECANICA VENTILATORIA // TORAX SIMETRICO SIN EVIDENCIA DE DIFICUTLAD RESPIRATORIA

Gastrointestinal

ABDOMEN BLANDO. DEPRESIBLE. NO MASAS NI MEGALIAS. PERISTALTISMO POSITIVO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

Genitourinario

PUNTOS PIELOURETERALES NEGTIVOS, PUÑO PERCUSION RENAL NEGATIVO

Osteomuscular

EXTREMIDADES MOVILES SIN EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, BUEN LLENADO CAPILAR. Reflejos osteotendinosos ++++/++++, fuerza conservada en las 4 extremidades, arcos de movimiento conservados, sin edemas, pulsos distales presentes llenado capilar menor de 2 seg PRESENTA DOLOR INTENSO AL HIPEREXTENDER PRIMRO, SEGUNDO Y TERCER DEDO DEL PIE DERECHO, CON EDEMA EN DORSO DEL PIE, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, BUEN LLENADO CAPILAR

Neurologicos

SIN DEFICIT APARENTE, NO SIGNOS DE FOCALIZACION,PARES CRANEALES INDEMNES NEUROLOGICO SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, GLASGOW 15/15. ROT ++/++++, NO SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA.

Vascular periférico

SIN EVIDENCIA DE INSUFICIENCIA VENOSA PERIFERICA EN MIEMBROS INFERIORES, NO SIGNOS DE TVP

Piel y anexos

TEXTURA, TURGENCIA Y PIGMENTACION DE LA PIEL SIN ALTERACIONES SIN PRESENCIA DE ALTERACIONES EN LAS UÑAS, NI EN EL CABELLO

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta no programada

Notas de análisis y plan

SE TRATA DE UN PACIENTE EN LA QUINTA DECADA DE LA VIDA CON ANTECEDENTE DE HTA Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO FARMACOLOGICO, CON CUADRO CLÍNICO DE 20 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR INTENSO EN DORSO DEL PIE DERECHO, NO ANTECEDENTES DE TRAUMA, NO EDEMA, NO ERITEMA, NO CALOR LOCL, REFIERE OCASIONALMENTE PARESTESIAS, SE LE REALIZO SAFENECTOMIA HACE 3 AÑOS. PACIENTE QUIEN SUFRIO UNA SITUACION ESTRESANTE EN EL AÑO 2018, AUN CON SENSACION DE PALPITACIONES, SUDORACION, TEMOR. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON PRESENCIA DE DOLOR DEL 1 - 2 - 3 DEDOS DEL PIE Y QUE SE EXACERBA CON LA HIPEREXTENSION, NO ANTECEDENTES DE TRAUMA. S/S CH - AU- PCR PRIORITARIO, NUEVA VALORACION CON RESULTADOS SE EVIDENCIA INDICADORES DE ANSIEDAD, POR LO QUE SE REMITE PARA VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

R520-DOLOR AGUDO

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
I839-VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ÚLCERA NI INFLAMACIÓN	Impresión diagnóstica
J989-TRASTORNO RESPIRATORIO, NO ESPECIFICADO	Impresión diagnóstica
E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	Impresión diagnóstica

Posible enfermedad laboral section

Diagnóstico requiere estudio enfermedad laboral	Reportar a medicina laboral?	Justificación
M658-OTRAS SINOVITIS Y TENOSINOVITIS	No	TRABAJA COMO CANTANTE

Recomendaciones

A pesar de que tienes el esquema de vacunación completo para COVID-19, recuerda que debes seguir usando el tapabocas, lavado frecuente de manos y distanciamiento físico para evitar contagiarte y contagiar a quienes no estén vacunados.

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	24730316
Nombre completo	GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO	**Registro médico**	16436

Pretriage COVID-19

Profesional: CLAUDIA MARCELA URIBE MORALES **Fecha Inicio:** 28-10-2021 11:32 AM **Fecha Final:** 28-10-2021 11:32 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Pretriage COVID-19

Profesional: CLAUDIA MARCELA URIBE MORALES **Fecha:** 28-10-2021 11:32 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Pretriage COVID-19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-10-28 11:32
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Pretriage COVID-19

Pretriage COVID-19

Cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico

¿Ha tenido fiebre?

No

¿Ha tenido problemas respiratorios (Incluyendo tos) en los últimos 14 días?

No

¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?

No

¿En su entorno cercano hay más de 2 casos con fiebre y/o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios?

No

¿El paciente cree que tiene infección por COVID-19?

No

Pretriage COVID-19

¿Motivo de visita a la sede?	Consulta odontología

Resultado

Clasificación	NO COVID
Direccionamiento	Recuerde al usuario que los tramites los puede realizar por la página de EPSSURA www.epssura.com la opción tramites a un click ya sean tramites de regional o IPS básica para no exponerlo y cuidarlo desde su casa.
Mensaje informativo	NO COVID

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Profesional: ANGIE VALENTINA TORO VALENCIA **Fecha Inicio:** 30-09-2021 11:28 AM **Fecha Final:** 30-09-2021 11:28 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: ANGIE VALENTINA TORO VALENCIA **Fecha:** 30-09-2021 11:28 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-09-30 10:52
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

Paciente valorado bajo protocolos de bioseguridad Mc: "Reporte de examenes"

Enfermedad Actual

Paciente de 46 años con antecedente de hipertension arterial en manejo co telmisartan 40 mg/dia, clortalidona 12,5 MG al dia, disautonomia, apnea del sueño en manejo con CPAP, trae reporte de examenes: Colesterol total: 200, hdl: 35 hb: 16,7 creatinina: 0,86 trigliceridos: 238 Hto: 49.9 Glucosa: 78 microalbuminuria: 4.00 antigeno prostatico: 0.64 . Ekg: ritmo sinusal, fc: 65 xmin sin bloqueos de rama, sin signos de isquemia, sin criterios de hipertrofia ventricular. Consulta por dolor en cara interna y parestesias en pie derecho, refiere edema. Tambien refiere dolor tipo punzada ocasional, disnea, remite con el reposo. Vacunado para sars cov 2.

Revisión por sistemas

Dolor e cara interna del pie.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación	Bebedor social
Observación	1 VEZ AL AÑO

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	88 kg	**Talla**	170 cm

IMC	30.45	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	72 lpm	**Frecuencia respiratoria**	16 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Clasificación de la temperatura
36.5 °C	Axilar	Normal

Saturación de oxígeno sin oxígeno	Clasificación saturación sin oxígeno	Saturación de oxígeno con oxígeno
96 %	Normal	96 %

Clasificación saturación con oxígeno

Normal

Estado general del paciente

Paciente en buenas condiciones generales, alerta, afebril, sin signos de dificultad respiratoria.

Cabeza y Cuello

Normocefalo, sin lesiones, pinr, mucosas hidratadas, rosadas.

Tórax

Simétrico, normoexpansible, ruidos cardiacos ritmicos, sin soplos, campos pulmonares limpios, murmullo vesicular presente.

Gastrointestinal

Blando depresible, sin dolor a la palpacion de cuadrantes abdominales, signo de murphy negativos, no signos apendiculares.

Osteomuscular

Extremidades simétricas, edema leve en miembros inferiores, sin eritema, no signos de infeccion.

Neurológico

Sin déficit sensitivo ni motor aparente.

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
04-11-2020	10-11-2020	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta médico general

Notas de análisis y plan

Paciente de 46 años con antecedente de hipertension arterial en manejo co telmisartan 40 mg/dia, clortalidona 12,5 MG al dia, disautonomia, apnea del sueño en manejo con CPAP, trae reporte de examenes: Colesterol total: 200, hdl: 35 hb: 16,7 creatinina: 0,86 trigliceridos: 238 Hto: 49.9 Glucosa: 78 microalbuminuria: 4.00 antigeno prostatico: 0.64 . Ekg: ritmo sinusal, fc: 65 xmin sin bloqueos de rama, sin signos de isquemia, sin criterios de hipertrofia ventricular. Consulta por dolor en cara interna y parestesias en pie derecho, refiere edema. Al examen fisico sin lesiones en pie, no signos de infección, presion arterial en metas, creatinina en metas, perfil lipídico con triglicéridos elevados se inicia manejo con gemfibrozilo 600 mg/dia, se solicita nuevo ekg, se remite a cardiología para continuar control, también por síntomas de ansiedad se remite a psicologia. Se explica conducta refiere entender y aceptar.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

I10X-HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Recomendaciones

Tomar toda la medicación ordenada por su medico en los horarios y cantidades indicadas. Debe reducir el consumo de sal a menos de dos cucharaditas y media de sal al día. Mantener el peso ideal recomendado por el médico y si hay sobrepeso u obesidad debe tratar de hacer cambios en su alimentación y actividad fisica para bajarlo. Su alimentacion es fundamental, debe tener una dieta rica en frutas y verduras, con disminución de grasas totales y azúcares. Realizar actividad física como: Caminar, trotar, nadar, montar en bicicleta al menos 150 minutos a la semana. Ideal no consumo de licor Evite fumar

A pesar de que tienes el esquema de vacunación completo para COVID-19, recuerda que debes seguir usando el tapabocas, lavado frecuente de manos y distanciamiento físico para evitar contagiarte y contagiar a quienes no estén vacunados.

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1053857596
Nombre completo	ANGIE VALENTINA TORO VALENCIA	**Registro médico**	1053857596

Pretriage COVID-19

Profesional: CAROLINA QUINCHIA RODRIGUEZ **Fecha Inicio:** 30-09-2021 10:36 AM **Fecha Final:** 30-09-2021 10:36 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Pretriage COVID-19

Profesional: CAROLINA QUINCHIA RODRIGUEZ **Fecha:** 30-09-2021 10:36 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Pretriage COVID-19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-09-30 10:36
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Pretriage COVID-19

Pretriage COVID-19

Cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico

¿Ha tenido fiebre?

No

¿Ha tenido problemas respiratorios (Incluyendo tos) en los últimos 14 días?

No

¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?

No

¿En su entorno cercano hay más de 2 casos con fiebre y/o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios?

No

¿El paciente cree que tiene infección por COVID-19?

No

Pretriage COVID-19

¿Motivo de visita a la sede?	Cita agendada

Resultado

Clasificación	NO COVID
Direccionamiento	Tener presente que solo se agendaran las de grupos de riesgo que son exentos de cobro lo cuales deben realizar la confirmación automática en el DyD.
Mensaje informativo	NO COVID

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1054993965
Nombre completo	CAROLINA QUINCHIA RODRIGUEZ	**Registro médico**	1054993965

Consulta telemedicina nutrición - CONSULTA PARA INSTRUCCIÓN Y VIGILANCIA DE LA DIETA

Profesional: ANGELA MARIA BOTERO ARANGO **Fecha Inicio:** 03-09-2021 02:24 PM **Fecha Final:** 03-09-2021 02:24 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta telemedicina nutrición

Profesional: ANGELA MARIA BOTERO ARANGO **Fecha:** 03-09-2021 02:24 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta telemedicina nutrición

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-09-03 14:04
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Motivo de Consulta

SE INFORMA MOTIVO DE TELEORIENTACION AL USUARIO Y SE LE OFRECE REALIZAR ASESORIA EN NUTRICION: ¿ESTÁ DE ACUERDO EN REALIZAR ESTA ASESORÍA TELEFÓNICA? (SI) SE ACCEDERÁ A UN SERVICIO DE TELE ORIENTACIÓN EN SALUD A TRAVÉS DEL CUAL SE ESTUDIARÁN DE FORMA TELEFÓNICA LOS DATOS QUE REPORTE, SE ESTABLECERÁN RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTO A SEGUIR, EN LA MEDIDA EN QUE SEA POSIBLE DESDE LA LLAMADA TELEFÓNICA. EN NINGÚN CASO ESTE SERVICIO REEMPLAZA LA ATENCIÓN NUTRICIONAL PRESENCIAL Y TIENE LAS RESTRICCIONES PROPIAS DEL MEDIO, POR LO CUAL ES POSIBLE QUE TRAS EL ANÁLISIS SE RECOMIENDA ACUDIR A UN SERVICIO PRESENCIAL. SE REALIZA CONTACTO VIA TELEFONICA AL 3113237133 -- EL DIA VIERNES 03/09/2021 - PACIENTE DE 46 AÑOS DE EDAD EN CONSULTA DE TELEMEDICINA NUTRICION PARA INICIAR MANEJO Y SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR CLASIFICACION NUTRICIONAL DE OBESIDAD ¿-- ANTECEDENTES PERSONALES: HIPERTENSION, DISLIPIDEMIA --- REFIERE ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Enfermedad Actual

SE REALIZA CONTACTO VIA TELEFONICA AL 3113237133 -- EL DIA VIERNES 03/09/2021 - PACIENTE DE 46 AÑOS DE EDAD EN CONSULTA DE TELEMEDICINA NUTRICION PARA INICIAR MANEJO Y SEGUIMIENTO NUTRICIONAL POR CLASIFICACION NUTRICIONAL DE OBESIDAD ¿-- ANTECEDENTES PERSONALES: HIPERTENSION, DISLIPIDEMIA --- REFIERE ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		
Observación	1 VEZ AL AÑO		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Resultados Laboratorio

Examen colesterol total

Examen colesterol total	200 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Admisible		

Examen HDL

Examen HDL	35.0 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Inadecuado		

Examen trigliceridos

Examen trigliceridos	238 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Alto		

Examen LDL

Examen LDL	117.40 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Alto		

Examen creatinina

Examen creatinina	0.86 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Adecuado		

Examen glicemia central en ayunas

Examen glicemia central en ayunas	78 mg/dL	**Fecha**	26-08-2021
Alerta	Adecuado		

Examen ácido úrico

Examen ácido úrico	5.51 mg/dL	**Fecha**	17-02-2021

Examen TSH

Examen TSH	1.30 uUI/mL	**Fecha examen TSH**	03-07-2020

Examen Hemoglobina Serica

Examen Hemoglobina Serica	16.7 g/l	**Fecha**	26-08-2021

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	170 cm	**Peso corporal ideal**	70 kg

Antecedentes Alimentarios

EN LOS DATOS ALIMENTARIOS REFIERE BUEN APETITO. NO REFIERE INTOLERANCIAS, ALERGIAS O RECHAZOS A NINGUN ALIMENTO O PREPARACIÒN -- CONSIDERA QUE LAS PORCIONES QUE CONSUME SON ADECUADAS. MASTICA BIEN, COME

RAPIDO Y TIENE ESTABLECIDOS HORARIOS DE ALIMENTACION. NO REFIERE PROBLEMAS ODONTOLOGICOS. NO REFIERE DIFICULTADES CON EL HABITO INTESTINAL (SUPERO ESTREÑIMIENTO). TIEMPOS DE CONSUMO: 5 (DESAYUNO, ALMUERZO, COMIDA Y 2 REFRIGERIOS) TECNICA DE PREPARACION: VARIADAS/ ANAMNESIS ALIMENTARIA 24 HORAS 1-DESAYUNO: AGUAPANELA CON LECHE, TOSTADA O GALLETA O AGUAPANELA CON LECHE O CHOCOLATE EN AGUAPANELA, AREPA CON MANTEQUILLA, QUESO CUAJADA O QUESILLO O HUEVO/ *MEDIA MAÑANA: NADA/ 2-ALMUERZO: SOPA O GRANO, ARROZ, PROTEINA VARIADA, PAPA O PLATANO, ENSALADA 3 A 4 X SEMANA, JUGO CON AZUCAR/ *ALGO: FRUTA O AROMATICA O AREPA, CHOCOLATE/ 3-COMIDA: AREPA SIN MANTEQUILLA, PROTEINA VARIADA O GALLETAS, AGUAPANELA CON LECHE/ *MERIENDA: NADA O CEREAL CON LECHE/ --

Anamnesis Alimentaria

Leche entera

Desayuno	M. mañana	Almuerzo	Algo	Comida	Merienda	Total	Frecuencia		
0	0	0	0	0	0	0	Diario		
Leche semidescremada		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Queso o sustituto		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Carnes		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Leguminosas		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Harinas		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Frutas		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Verduras		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Grasas		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Azúcares y dulces		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Nueces		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Semillas		0	0	0	0	0	0	0	Diario

Plan de Alimentación

Leche entera

Desayuno	M. mañana	Almuerzo	Algo	Comida	Merienda	Total	Frecuencia		
0	0	0	0	0	0	0	Diario		
Leche semidescremada		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Queso o sustituto		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Carnes		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Leguminosas		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Harinas		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Frutas		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Verduras		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Grasas		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Azúcares y dulces		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Nueces		0	0	0	0	0	0	0	Diario
Semillas		0	0	0	0	0	0	0	Diario

Tratamiento Nutricional

Tipo dieta

Hipocalórica

Hipograsa

Hipoglúcida

Calculadora Riesgo Cardiovascular

Variables utilizadas

Datos básicos

Edad en años	46	**Sexo**	Masculino
Raza	Mestizo		

Antecedentes

¿Paciente tiene alguno de los siguientes antecedentes?	Hipertensión arterial Hiperlipidemia mixta
¿Paciente con algún familiar diabético?	No

Hábitos y estilos de vida

¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?	Todos los días	**¿Paciente Fuma?**	No

Medicamentos y ayudas diagnósticas

Medicamentos

¿Toma medicación para la hipertensión?	Si	**¿Alguna vez el paciente ha tenido valores altos de glucosa? percepción del paciente**	No
Colesterol HDL	36 mg/dL		

Colesterol Total	209 mg/dL
Creatinina serica	0.95 mg/dL
Triglicéridos	173 mg/dL
Glicemia	95 mg/dL

Envejecimiento renal	84 ml/min

Fórmula CKD EPI

Resultados CKD EPI

Sexo	Masculino	**Edad**	46
Raza	Mestizo	**Creatinina**	0.95 mg/dL

Interpretación Resultados CKD EPI

Filtrado glomerular CKD EPI	95.61 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Fórmula MDRD

Resultados MDRD

Sexo	Masculino	**Edad**	46
Raza	Mestizo	**Creatinina**	0.95 mg/dL

Interpretación Resultados MDRD

Filtrado glomerular MDRD	90.72 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
04-11-2020	10-11-2020	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta telemedicina nutrición

Notas de análisis y plan

SE DAN INDICACIONES PARA PLAN DE ALIMENTACION HIPOGRASO, NORMOPROTEICO, FRACCIONADO, ALTO EN FIBRA - SE DAN INDICACIONES PARA NO CONSUMO DE CARBOHIDRATOS SIMPLES Y SE INDICA CONSUMO DE HARINAS: 1 DESAYUNO, 2 ALMUERZO, 1 COMIDA E INCLUIR MM Y ALGO SIN HARINAS ¿ - EN CONTACTO TELEFONICO 03-09-2021 NO HAY DATOS ANTROPOMETRICOS ACTUALIZADOS Y VERIFICADOS ---

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

Z713-CONSULTA PARA INSTRUCCIÓN Y VIGILANCIA DE LA DIETA

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Recomendaciones

SE DA EDUCACIÓN NUTRICIONAL Y RECOMENDACIONES TENDIENTES A LOGRAR ADECUADOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, SE DAN ORIENTACIONES PARA DIETA RICA EN FIBRA (FRUTAS Y VERDURAS), INCLUIR EN LA ALIMENTACION FRUTOS SECOS, AGUACATE, ACEITE DE OLIVA. NO CONSUMO DE AZUCAR, MIEL, PANELA, Y REEMPLAZAR POR ENDULZANTES SEGUN LA PREFERENCIA - EL CONSUMO DE HARINAS SEGÚN PLAN DE ALIMENTACION. NO FRITURAS, NO APANADOS, NO CHULETAS, NO CHICHARRON, PREFERIR PREPARACIONES ASADAS, COCINADAS O AL VAPOR ¿ CONSUMIR LECHE SEMIDESCREMADA, YOGUR LIGHT O YOGUR 0% O GRIEGO ¿ CHOCOLATE LIGHT¿ NO CONSUMO DE SOPA, CALDO O CONSOME -- - GARANTIZAR CONSUMO DE AGUA, REALIZAR EJERCICIO MINIMO 150 MINUTOS EN LA SEMANA -¿ CITA DE CONTROL PRESENCIAL EN 2 MESES -- SE INFORMA QUE DEBIDO A LA SITUACIÓN GLOBAL POR CONTINGENCIA DE LA EMERGENCIA SANITARIA POR EL COVID -19 SE DA ESTA ORIENTACION EN SALUD, Y SE LE RECUERDA QUE LA CITA DE TELE-ORIENTACIÓN EN SALUD NO REEMPLAZA UNA CONSULTA PRESENCIAL.

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC **Identificación** 30292370

Nombre completo ANGELA MARIA BOTERO ARANGO **Registro médico** 05180

Pretriage COVID-19

Profesional: MARIA CAMILA ALARCON MONTES **Fecha Inicio:** 24-08-2021 01:16 PM **Fecha Final:** 24-08-2021 01:16 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Pretriage COVID-19

Profesional: MARIA CAMILA ALARCON MONTES **Fecha:** 24-08-2021 01:16 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Pretriage COVID-19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-08-24 13:16
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Pretriage COVID-19

Pretriage COVID-19

Cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico

¿Ha tenido fiebre?

No

¿Ha tenido problemas respiratorios (Incluyendo tos) en los últimos 14 días?

No

¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?

No

¿En su entorno cercano hay más de 2 casos con fiebre y/o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios?

No

¿El paciente cree que tiene infección por COVID-19?

No

Pretriage COVID-19

¿Motivo de visita a la sede?	Consulta odontología

Resultado

Clasificación	NO COVID
Direccionamiento	Recuerde al usuario que los tramites los puede realizar por la página de EPSSURA www.epssura.com la opción tramites a un click ya sean tramites de regional o IPS básica para no exponerlo y cuidarlo desde su casa.
Mensaje informativo	NO COVID

Pretriage COVID-19

Profesional: DAYANA LOZANO GONZALEZ **Fecha Inicio:** 19-08-2021 07:43 AM **Fecha Final:** 19-08-2021 07:43 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Pretriage COVID-19

Profesional: DAYANA LOZANO GONZALEZ **Fecha:** 19-08-2021 07:43 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Pretriage COVID-19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-08-19 07:43
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Pretriage COVID-19

Pretriage COVID-19

Cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico

¿Ha tenido fiebre?

No

¿Ha tenido problemas respiratorios (Incluyendo tos) en los últimos 14 días?

No

¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?

No

¿En su entorno cercano hay más de 2 casos con fiebre y/o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios?

No

¿El paciente cree que tiene infección por COVID-19?

No

Pretriage COVID-19

¿Motivo de visita a la sede? Consulta odontología

Resultado

Clasificación NO COVID

Direccionamiento	Recuerde al usuario que los tramites los puede realizar por la página de EPSSURA www.epssura.com la opción tramites a un click ya sean tramites de regional o IPS básica para no exponerlo y cuidarlo desde su casa.
Mensaje informativo	NO COVID

Pretriage COVID-19

Profesional: DANIELA CUBILLOS MUÑOZ **Fecha Inicio:** 18-08-2021 01:14 PM **Fecha Final:** 18-08-2021 01:14 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Pretriage COVID-19

Profesional: DANIELA CUBILLOS MUÑOZ **Fecha:** 18-08-2021 01:14 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Pretriage COVID-19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-08-18 13:14
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Pretriage COVID-19

Pretriage COVID-19

Cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico

¿Ha tenido fiebre?

No

¿Ha tenido problemas respiratorios (Incluyendo tos) en los últimos 14 días?

No

¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?

No

¿En su entorno cercano hay más de 2 casos con fiebre y/o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios?

No

¿El paciente cree que tiene infección por COVID-19?

No

Pretriage COVID-19

¿Motivo de visita a la sede?	Consulta odontología

Resultado

Clasificación	NO COVID
Direccionamiento	Recuerde al usuario que los tramites los puede realizar por la página de EPSSURA www.epssura.com la opción tramites a un click ya sean tramites de regional o IPS básica para no exponerlo y cuidarlo desde su casa.
Mensaje informativo	NO COVID

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - GRANULOMA POR CUERPO EXTRAÑO EN LA PIEL Y EN EL TEJIDO SUBCUTÁNEO

Profesional: AMALIA ISABEL GONZALEZ ARISTIZABAL **Fecha Inicio:** 11-08-2021 10:39 AM **Fecha Final:** 11-08-2021 10:39 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: AMALIA ISABEL GONZALEZ ARISTIZABAL **Fecha:** 11-08-2021 10:39 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-08-11 10:19
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

"tengo algo en la ingle"

Enfermedad Actual

Se atiende paciente utilizando todo el protocolo de Bioseguridad, utilizando todos los elementos de protección personal entregados por la IPS, de acuerdo a protocolo Institucional y Consenso Colombiano de Atencion, Diagnostico y Manejo de infecciones por SRASR ¿ COV2 ¿ Covid 19 en establecimiento de atención a la salud- Paciente de 46 años com antecendetes de hta - dislipidemia- apnea del sueño en manejo con terlmisartan 40mgx 2 - clortadilona 12.5mgx2 uso de CPAP . informa cuadro de mas de 4 dis de evolución consistente en lesion hipertrofica, indurada en region inguinal con secrecion de materal seroso

Revisión por sistemas

No alteraciones en revision por sistemas

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	90 kg	**Talla**	170 cm
IMC	31.14	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	79 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Clasificación de la temperatura
36 °C	Axilar	Normal

Saturación de oxígeno sin oxígeno	Clasificación saturación sin oxígeno	Saturación de oxígeno con oxígeno
95 %	Normal	95 %

Clasificación saturación con oxígeno

Normal

Estado general del paciente

Paciente en aparentes buenas condiciones generales, alerta, afebril, hidratado, sin signos de dificultad respiratoria.

Cabeza y Cuello

Pupilas isocoricas, normoreactivas. mucosas húmedas y rosadas. orofaringe sana, pabellón auricular sin alteraciones.

Tórax

Ruidos cardiacos rítmicos, de adecuado tono e intensidad. campos pulmonares bien ventilados, murmullo vesicular limpio, sin sobreagregados.

Gastrointestinal

Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas o visceromegalias. sin signos de irritación peritoneal peristaltismo presente.

Osteomuscular

Extremidades móviles, llenado capilar menor de 2seg, sin edemas.

Neurológico

Sin déficit neurológico aparente. sin signos agudos de focalizaci

Piel y anexos

en pliegue inguinal derecho, se evidencia lesion hipertrofica, indurada, se extrae material de sutura (granuloma de cuerpo extraño?). con eritema, calor y tumor perilesional

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días	Nueva gestión
10-11-2020	Finalizado	6	No

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta médico general

Notas de análisis y plan

Paciente de 46 años com antecendetes de hta - dislipidemia- apnea del sueño en manejo con terlmisartan 40mgx 2 - clortadilona 12.5mgx2 uso de CPAP . informa cuadro de mas de 4 dis de evolución consistente en lesion hipertrofica, indurada en region inguinal con secrecion de materal seroso - Al examen fiscio signos vitales estables, en pliegue inguinal derecho, se evidencia lesion hipertrofica, indurada, se extrae material de sutura (granuloma de cuerpo extraño?). con eritema, calor y tumor perilesional , informa antecedentes de safenectomia en 2018 - Paciente de 46 años con cuadro de granuloma de cuerpo extraño y celulitis perilesional se indica calor local, aines cilco corto, analgesia, clindamicina cada 6 horas 7 dias y se deriva incapacidad por actividad de paciente. se dansignosde alarma como aumetnode lesion, eritema calor tumor dolor, disnea. dolor precordial entre otros. etiende y acepta

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

L923-GRANULOMA POR CUERPO EXTRAÑO EN LA PIEL Y EN EL TEJIDO SUBCUTÁNEO

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC **Identificación** 1053788043

Nombre completo	AMALIA ISABEL GONZALEZ ARISTIZABAL	Registro médico	1053788043

Consulta domiciliaria medica para poblacion vulnerable - HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Profesional: ORLANDO DUQUE OSORIO **Fecha Inicio:** 05-08-2021 06:45 PM **Fecha Final:** 05-08-2021 06:45 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta domiciliaria medica para poblacion vulnerable

Profesional: ORLANDO DUQUE OSORIO **Fecha:** 05-08-2021 06:45 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta domiciliaria medica para poblacion vulnerable

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-08-05 18:31
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

" VALORACION DOMICILIARIA "

Enfermedad Actual

Se valora al paciente con elementos de protección personal. Se valora paciente a las 4+20 PM APROXIMADAMENTE . paciente de 46 años con antecedente de HTA , Dislipidemia , SAHOS , en controles y seguimiento , Refiere tener ordenes al día de controles . Actualmente Niega dolor precordial , niega disnea , niega síncope , niega presíncope , niega nexo con Covid 19. últimos estudios : 2020/7/3. creatinina : 0.95//HDL: 36//LDL: 138//TRIGLICERIDOS : 173//GLUCOSA : 95//TSH : 1.30//. Actualmente en manejo con Telmisartan 40 mg x1 // Clortalidona 12.5 mg .Niega sintomas urinarios , niega sintomas gatsrointetsinales.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Resultados Laboratorio

Examen colesterol total

Examen colesterol total	209 mg/dL	**Fecha**	14-12-2019
Alerta	Admisible		

Examen HDL

Examen HDL	36 mg/dL	**Fecha**	03-07-2020
Alerta	Inadecuado		

Examen trigliceridos

Examen trigliceridos	173 mg/dL	**Fecha**	03-07-2020
Alerta	Admisible		

Examen LDL

Examen LDL	138.4 mg/dL	**Fecha**	03-07-2020
Alerta	Grave		

Examen creatinina

Examen creatinina	0.95 mg/dL	**Fecha**	03-07-2020
Alerta	Adecuado		

Examen glicemia central en ayunas

Examen glicemia central en ayunas	95 mg/dL	**Fecha**	03-07-2020
Alerta	Adecuado		

Examen ácido úrico

Examen ácido úrico	5.51 mg/dL	**Fecha**	17-02-2021

Examen TSH

Examen TSH	1.30 uUI/mL	**Fecha examen TSH**	03-07-2020

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	90 kg	**Talla**	170 cm
IMC	31.14	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	70 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Saturación de oxígeno sin oxígeno
36.0 °C	Axilar	96 %

Estado general del paciente

Paciente consciente, alerta, hidratado

Cabeza y Cuello

Pupilas isocóricas normorreactivas. Orofaringe sana, cuello móvil, sin adenopatías.

Tórax

Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, campos pulmonares bien ventilados sin ruidos sobreagregados.

Gastrointestinal

Abdomen blando depresible, no masas no megalias, no hay signos de irritación peritoneal, peristaltismo sin alteraciones.

Osteomuscular

Extremidades inferiores y superiores sin edema sin eritema Neurovascular distal sin alteraciones.

Neurológico

Sin déficit agudo aparente

Vascular periférico

No hay signos de TVP.

Calculadora Riesgo Cardiovascular

Variables utilizadas

Datos básicos

Edad en años	46	**Sexo**	Masculino
Raza	Mestizo		

Antecedentes

¿Paciente tiene alguno de los siguientes antecedentes?	Hipertensión arterial Hiperlipidemia mixta
¿Paciente con algún familiar diabético?	No

Hábitos y estilos de vida

¿Realiza diariamente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre?	No	**¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?**	Todos los días

Exámen físico

¿Paciente Fuma?	No	**Peso**	90 kg
		Presión arterial sistólica	120 mmHg
Estatura	170 cm		
Presión arterial diastólica	80 mmHg		

Medicamentos y ayudas diagnósticas

Medicamentos

¿Toma medicación para la hipertensión?	Si	**¿Alguna vez el paciente ha tenido valores altos de glucosa? percepción del paciente**	No
Colesterol HDL	36 mg/dL		
		Colesterol Total	209 mg/dL
		Creatinina serica	0.95 mg/dL
		Triglicéridos	173 mg/dL
		Glicemia	95 mg/dL

Riesgo de peso

Resultados riesgo de Peso

IMC calculada riesgo de peso	31.14	**Interpretación riesgo de peso**	Obesidad Tipo 1

Escala Framingham

Resultados Framinghan

Edad	Entre 45 - 49 .Puntos: 3	**Colesterol Total**	200-239 .Puntos: 5
HDL	< 40 .Puntos: 2	**Fuma**	No .Puntos: 0
P. Arterial sistólica	120 - 129 .Puntos: 1	**Tratamiento Anti-HTA**	Si
Género	Masculino		

Interpretación Resultados

Puntos escala framingham	11	**Factor corrección colombia framingham**	0.75
Porcentaje escala framingham	6 %	**Interpretación riesgo según escala de Framingham**	Riesgo Moderado

Riesgo Nhanes

Resultados Nhanes

Sexo	Masculino	**Diabetes**	No
Fuma	No	**Edad**	Entre 45 y 54 años
Presión arterial sistólica	120	**IMC**	31.14

Interpretación de resultados Nhanes

Interpretación riesgo posible a 5 años según Nhanes	Bajo 5-10% Posible a 5 años
Envejecimiento renal	84 ml/min

Fórmula Cockcroft Gault

Resultados Cockcroft Gault

Sexo	Masculino	**Edad**	46
Peso	90 kg	**Creatinina**	0.95 mg/dL

Interpretación Resultados Cockcroft Gault

Filtrado glomerular Cockcroft Gault	123.68 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Fórmula CKD EPI

Resultados CKD EPI

Sexo	Masculino	**Edad**	46
Raza	Mestizo	**Creatinina**	0.95 mg/dL

Interpretación Resultados CKD EPI

Filtrado glomerular CKD EPI	95.61 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Fórmula MDRD

Resultados MDRD

Sexo	Masculino	**Edad**	46
Raza	Mestizo	**Creatinina**	0.95 mg/dL

Interpretación Resultados MDRD

Filtrado glomerular MDRD	90.72 ml/min/1.73 m2	**Estadio ERC**	1

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días
04-11-2020	10-11-2020	Finalizado	6

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa	Programa Crónicos	**Tipo atención**	Consulta domiciliaria medica para poblacion vulnerable

Notas de análisis y plan

Paciente de 46 años con antecedentes descritos sin estudios de RCV recientes para estalecer RCV actual , actualmnete con signos vitales estables , con un IMC en 31 para una obeisdad . con una TFG por MDRD en 90.2 para un estadio renal 1, Amerita nuevos estudios de control , refuerzo habitos de vida saludables , dietarios . Se brindan recomendaciones generales , signos de alarma , refiere entender . Derivo a realización de PSA. Genero orden de tele nutrición debido a que el sistema no me permite generar orden de nutrición

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

I10X-HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
I839-VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ÚLCERA NI INFLAMACIÓN	Impresión diagnóstica
J989-TRASTORNO RESPIRATORIO, NO ESPECIFICADO	Impresión diagnóstica
E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta	Detección de alteraciones del adulto

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	16075129
Nombre completo	ORLANDO DUQUE OSORIO	**Registro médico**	16075129

Telemedicina Interactiva - CONSULTA, NO ESPECIFICADA

Profesional: GUSTAVO ADOLFO MUETE ARAQUE **Fecha Inicio:** 15-07-2021 11:11 AM **Fecha Final:** 15-07-2021 11:11 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta telemedicina médico general

Profesional: GUSTAVO ADOLFO MUETE ARAQUE **Fecha:** 15-07-2021 11:11 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta telemedicina médico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-07-15 11:02
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Motivo de Consulta

---EL ESTA DORMIDO ----

Enfermedad Actual

Paciente en cita para teleconsulta del presente dia, que se busca en plataforma PAGER no se visualiza en el horario de la consulta. Se realiza llamada al numero -3113237133 Las primeras llamadas timbra, las siguientes apagan el celular, se verifica numero es el correcto, se le deja mensaje de voz, se llama acudiente CLAUDIA CARDONA quien refiere se enceuntra dormido y no atendera consulta

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa

Tipo atención Consulta telemedicina médico general

Notas de análisis y plan

PACIENTE QUE TOMA CONSULTA EN EL MOMENTO NO LA PUEDE ATENDER SEGUN SU ESPOSA, no se considea inasistida pues si hubo contacto sin embargo la esposa desconoce el motivo de solicitud, por lo que no hay formulacion

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

Z719-CONSULTA, NO ESPECIFICADA

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Interpretación

Concepto final Consulta realizada

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1053831115
Nombre completo	GUSTAVO ADOLFO MUETE ARAQUE	**Registro médico**	1053831115

Atención interoperada - APNEA DEL SUEÑO

Profesional: CARLOS MARIO ARBELAEZ CUERVO **Fecha Inicio:** 13-07-2021 05:10 PM **Fecha Final:** 13-07-2021 05:10 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita consulta

Profesional: CARLOS MARIO ARBELAEZ CUERVO **Fecha:** 13-07-2021 05:10 PM **Nombre Acompañante:**

consulta

Motivo de consulta

Motivo de consulta	EPISTAXIS , CEFALEA

Enfermedad actual

Enfermedad actual	PRESENTO EPISTAXIS HACE 4 DIAS POR FOSA IZQUIERDA QUE REQUIRIO MANEJO EN URGENCIAS . YA FUE DIAGNOSTICADO CON HTA Y ESTA EN MANEJO CON TELMISARTAN Y CLORTALIDONA. TRAE POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE C-PAP IAH 29.2 , CORRECCION DE LOS EVENTOS RESPIRATORIOS A 9 CM DE AGUA , MASCARILLA TALLA M , USO CON HUMIDIFICADOR Y TARJETA DE SEGUIMIENTO. HA PRESENTADO CEFALEA DEMASIADO INTENSA QUE LO INCAPACITA . NO RESPIRA ADECUADAMENTE .

Sección de examen físico

Sección de examen físico	OIDOS VENTILADOS , NARIZ CON DEFLEXION SEPTAL A DERECHA CON HIPERTROFIA TURBINAL INFERIOR Y FARINGE CON AMIGDALAS CRIPTICAS GRADO III, UVULA Y PALADAR ELONGADAS .

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal	APNEA DEL SUEÑO	**Tipo de diagnóstico**	Impresión diagnóstica

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	CEFALEA	**Tipo de diagnóstico**	Confirmado nuevo

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	DESVIACIÓN DEL TABIQUE NASAL	**Tipo de diagnóstico**	Confirmado nuevo

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Hipertrofia De Los Cornetes Nasales	**Tipo de diagnóstico**	Confirmado nuevo

Análisis y plan

Análisis y plan

Notas de análisis y plan	USO DE C-PAP , YA ORDENADO POR NEUROLOGIA RESTRICCIONES PARA LOS HORARIOS NOCTURNOS Y EL USO DE MOTOCICLETA POR EL RIESGO DE ACCIDENTE . TAC DE SENOS PARANASALES CONTROL EN 3 MESES

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75081404
Nombre completo	CARLOS MARIO ARBELAEZ CUERVO	**Registro médico**	993

Consulta No Programada - OTROS VÉRTIGOS PERIFÉRICOS

Profesional: ANA MILENA CHAVEZ CHAVEZ **Fecha Inicio:** 09-07-2021 08:07 AM **Fecha Final:** 09-07-2021 08:07 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: ANA MILENA CHAVEZ CHAVEZ **Fecha:** 09-07-2021 08:07 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-07-09 07:53
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

MAREO"

Enfermedad Actual

ASISTE A PRIORITARIA, PREVIO TRIAGE POR PARTE DE ENFERMERIA, NIEGA NEXOS DE CONTAGIO COVID 19, SE ATIENDE CON TODOS LOS ELEMENTO DE PROTECCION SUMINISTRADO POR LA IPS. PACIENTE DE 46 AÑOS DE EDAD, CON PA DE HTA, OBESIDAD, APNEA DEL SUEÑO PENDIETE DE INICIO DE USO DE CPAP, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, TINITUS, VERTIGO PERIFERICO EN CONTROLES CON OTORRINOLARINGOLOGO. TIENE CITA CON ORL EL 13/07/2021 EN 4 DIAS, DICE NECESITA NUEVA ORDEN POR QUE LA TIENE DE NOV DE 2020. REFIERE DESDE AYER CON AUMENTO DE LOS SINTOMAS DE VERTIGO PERIFERICO. DESCRIBE MAREO SUBJETIVO, DE INICIO SÚBITO, INTENSO, SENSACIÓN DE ROTACIÓN DE LOS OBJETOS, DE PREDOMINIO CON CAMBIOS DE POSICIÓN DE LA CABEZA. NAUSEAS, TINITUS, NIEGA OTROS SÍNTOMAS OTOLOGICOS. NIEGA TEC. NO CEFALEA. NO DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO. NO FIEBRE. NIEGA ADEMAS DOLOR PRECORDIAL NO DISNEA, NO SINCOPE, NO PALPITACIONES.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No

Clasificación Bebedor social

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	85 kg	**Talla**	170 cm
IMC	29.41	**Clasificación**	Sobrepeso

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	76 lpm	Frecuencia respiratoria	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Saturación de oxígeno sin oxígeno
36.5 °C	Axilar	98 %

Estado general del paciente

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. AFEBRIL AL TACTO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS. NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Cabeza y Cuello

ORL: PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, REFLEJO DIRECTO Y CONSENSUAL PRESENTES, FONDO DE OJO NORMAL, ECLERAS ANICTERICAS, PUNTOS DE VALLEIX NEGATIVOS, NARIZ PERMEABLE, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, OROFARINGE SANA, SIN ESCURRIMIENTO POSTERIOR. CUELLO SIMETRICO, MOVIL, SIN MASAS, SIN ADENOPATÍAS. NO INGURGITACION YUGULAR, SIN SOPLOS CAROTIDEOS

Tórax

TORAX SIMETRICO, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, SIN RETRACCIONES, SIN LESIONES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, SINCRÓNICOS CON EL PULSO. CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, SIN SIBILANCIAS, RONCOS O ESTERTORES AUDIBLES.

Neurologicos

NEUROLOGICO: ALERTA, CON ORIENTACION EN LAS TRES ESFERAS, PARES CRANEALES CON FUNCION CONSERVADA, BUEN TONO MUSCULAR, SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR, NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN. SIN SIGNOS MENINGEOS O CEREBELOSOS, FUERZA CONSERVADA, REFLEJOS NORMALES.

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta no programada

Notas de análisis y plan

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL, ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR, SIN FOCALIZACIONES, SIN SIGNOS CEREBELOSOS, CON CUADRO COMPATIBLE CON VÉRTIGO DE CARACTERÍSTICAS PERIFÉRICAS SIN COMPLICACIONES. SE DA MANEJO SINTOMÁTICO. INCAPACIDAD POR NECESIDAD DE REPOSO ESTRICTO. CLAROS SIGNOS DE ALARMA Y RECONSULTA POR URGENCIAS. CONTROL CON MEDICO DE FAMILIA SI LOS SÍNTOMAS PERSISTEN.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

H813-OTROS VÉRTIGOS PERIFÉRICOS

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Recomendaciones

Ante una crisis de vértigo hay que descansar en una postura cómoda y evitar los cambios repentinos de posición. Para prevenir las caídas siéntese en el borde de la cama durante varios minutos por la mañana antes de levantarse; evite cambios bruscos de posición; evite caminar en sitios oscuros o con poca iluminación. Tome los medicamentos recetados según la indicación dada por el médico. Aprenda y practique ejercicios para mejorar el equilibrio. Evite usar zapatos de tacón, procure usar zapatos cómodos u otros zapatos flexibles. Siempre use los pasamanos al subir y bajar escaleras. Retire los peligros del hogar, como alfombras, cables sueltos, taburetes u otros muebles pequeños que puedan hacer tropezar a las personas.

Consulte por urgencias si experimenta mareos o vértigos nuevos e intensos junto con cualquiera de los siguientes síntomas: dolor de cabeza fuerte y repentino, dolor de pecho, dificultad para respirar, adormecimiento o parálisis de brazos o piernas, desmayo, visión doble, palpitaciones o pulso irregular, confusión o dificultad para hablar, mayor dificultad para caminar, vómitos abundantes, convulsiones, cambio repentino en la audición, adormecimiento o debilidad de los músculos de la cara.

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	24339210
Nombre completo	ANA MILENA CHAVEZ CHAVEZ	**Registro médico**	24339210

Pretriage COVID-19

Profesional: DIANA CAROLINA ESCALANTE SANCHEZ **Fecha Inicio:** 09-07-2021 07:23 AM **Fecha Final:** 09-07-2021 07:23 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Pretriage COVID-19

Profesional: DIANA CAROLINA ESCALANTE SANCHEZ **Fecha:** 09-07-2021 07:23 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Pretriage COVID-19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-07-09 07:22
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133

Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Pretriage COVID-19

Pretriage COVID-19

Cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico

¿Ha tenido fiebre?

No

¿Ha tenido problemas respiratorios (Incluyendo tos) en los últimos 14 días?

No

¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?

No

¿En su entorno cercano hay más de 2 casos con fiebre y/o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios?

No

¿El paciente cree que tiene infección por COVID-19?

No

Pretriage COVID-19

¿Motivo de visita a la sede?	Cita agendada

Resultado

Clasificación	NO COVID
Direccionamiento	Tener presente que solo se agendaran las de grupos de riesgo que son exentos de cobro lo cuales deben realizar la confirmación automática en el DyD.
Mensaje informativo	NO COVID

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	24344471
Nombre completo	DIANA CAROLINA ESCALANTE SANCHEZ	**Registro médico**	24344471

Pretriage COVID-19

Profesional: CAROLINA QUINCHIA RODRIGUEZ **Fecha Inicio:** 08-07-2021 11:31 AM **Fecha Final:** 08-07-2021 11:31 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Pretriage COVID-19

Profesional: CAROLINA QUINCHIA RODRIGUEZ **Fecha:** 08-07-2021 11:31 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Pretriage COVID-19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-07-08 11:31
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Pretriage COVID-19

Pretriage COVID-19

Cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico

¿Ha tenido fiebre?

No

¿Ha tenido problemas respiratorios (Incluyendo tos) en los últimos 14 días?

No

¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?

No

¿En su entorno cercano hay más de 2 casos con fiebre y/o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios?

No

¿El paciente cree que tiene infección por COVID-19?

No

Pretriage COVID-19

¿Motivo de visita a la sede?	Prioritaria

Resultado

Clasificación	NO COVID
Direccionamiento	Proceda por favor remitir al paciente a area del turnero.
Mensaje informativo	NO COVID

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1054993965
Nombre completo	CAROLINA QUINCHIA RODRIGUEZ	**Registro médico**	1054993965

Control medico general - HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Profesional: LUIS FELIPE CASTRO ZAPATA **Fecha Inicio:** 13-04-2021 07:30 AM **Fecha Final:** 13-04-2021 07:30 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: LUIS FELIPE CASTRO ZAPATA **Fecha:** 13-04-2021 07:30 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-04-13 07:23
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	170 cm

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Revisión médico general

Notas de análisis y plan

GESION MEDICA: FORMULACION DE MEDICAMENTOS; VALORADO POR CARDIOLOGIA DR PINEDA EL 27 ENE 2021: DX D EHTA RECIENTE DX , EN MANEJO CON TELMISARTAN 40MG X 1 Y CLORTALIDONA 12.5 MG X 1.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

I10X-HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Recomendaciones

Tomar toda la medicación ordenada por su medico en los horarios y cantidades indicadas.Debe reducir el consumo de sal a menos de dos cucharaditas y media de sal al día.Mantener el peso ideal recomendado por el médico y si hay sobrepeso u obesidad debe tratar de hacer cambios en su alimentación y actividad física para bajarlo.Su alimentación es fundamental, debe tener una dieta rica en frutas y verduras, con disminución de grasas totales y azúcares. Realizar actividad física como: Caminar, trotar, nadar, montar en bicicleta al menos 150 min a la semana. Ideal no consumo de licor . Evite fumar

GESION MEDICA: FORMULACION DE MEDICAMENTOS; VALORADO POR CARDIOLOGIA DR PINEDA EL 27 ENE 2021: DX D EHTA RECIENTE DX , EN MANEJO CON TELMISARTAN 40MG X 1 Y CLORTALIDONA 12.5 MG X 1.

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75096249
Nombre completo	LUIS FELIPE CASTRO ZAPATA	**Registro médico**	16086

Revisión de Exámenes Medicos - GOTA, NO ESPECIFICADA

Profesional: NESTOR JULIAN GARCIA **Fecha Inicio:** 19-02-2021 10:20 AM **Fecha Final:** 19-02-2021 10:20 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Revisión de Exámenes Medicos

Profesional: NESTOR JULIAN GARCIA **Fecha:** 19-02-2021 10:20 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Revisión de Exámenes Medicos

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-02-19 10:18

Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Atención Inicial

Tipo Atención: Control medico general **Fecha:** 06-02-2021
Doctor: NESTOR JULIAN GARCIA
Diagnóstico Principal: M255 - DOLOR EN ARTICULACIÓN
Análisis & Plan:
SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN SEGÚN DIRECTRIZ DEL MINISTERIO DE SALUD, UTILIZANDO TAPABOCAS N95, BATA DESECHABLE. MASCULINO DE 46 AÑOS, LABORA COMO OPERARIO DE MABE, CUADRO DE 15 DIAS DE DOLOR EN 2 Y 3 DEDO DE PIE DERECHO, SIN TRAUMA, NO CAMBIO EN LA COLORACION, CON EDEMA LOCAL, Y DISMINUCION DE LA TEMPERATURA, EL DOLOR ES CONTINUO, SE INTENSIFICA CON REPOSO, NO FIEBRE, DIAFORESIS NOCTURNA DESDE HACE 8 MESES A 1 AÑO, HACE 2 MESES DOLOR EN PRIMER DEDO DE PIE IZQUIERDO, FUE VALORADO POR ESTE DOLOR POR FISIATRIA QUIEN LE ORDENO PARACLINICOS QUE FUERON NORMALES, LE ORDENO COCHICINA Y CONTROL, ESTE MEDICAMENTO AUN LO ESTA TOMANDO. DOLOR OLIGOARTICULAR DE ARTICULACIONES MTF E INTERFALANGICAS DE 2 Y 3 DEDO DE PIE, ANTEDEDENTE DE PODAGRA + SINDROME METABOLICO, SE CONSIDERA CUADRO DE ARTRITIS POR GOTA ORDENO NIVELE DE ACIDO URICO, PCR, VSG, MEDICACION.

Nota de seguimiento:

Resultados de Exámenes

902204 - ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG]

Fecha Solicitud: 06/02/2021 **Fecha Realización:** 17/02/2021 **Fecha Entrega Resultados:** 17/02/2021

Prueba	Resultado	Info Adicional
Velocidad Sedimentaci¿n Globular	7 mm/h	
Ni¿os : 0 - 10		
Hombres : 0 - 15		
Mujeres : 0 - 20		

903801 - ACIDO URICO EN SANGRE

Fecha Solicitud: 06/02/2021 **Fecha Realización:** 17/02/2021 **Fecha Entrega Resultados:** 19/02/2021

Prueba	Resultado	Info Adicional
Acido Urico	5.51 mg/dl	
Hombres: 3.4 - 7.0		
Mujeres : 2.4 - 5.7		

906914 - PROTEINA C REACTIVA

Fecha Solicitud: 06/02/2021 **Fecha Realización:** 17/02/2021 **Fecha Entrega Resultados:** 17/02/2021

Prueba	Resultado	Info Adicional
Proteina C Reactiva	MENOR DE 6	Hasta 6 - - mg/L

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días	Nueva gestión
04-11-2020	10-11-2020	Finalizado	6	No

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Revisión de exámenes

Notas de análisis y plan

PCR, VSG, ACDO URICO EN SANGRE DENTRO DE LIMITES NORMALES. PACIENTE CON CLINICA ALTAMENTE SUGESTIVA DE ARTRITIS GOTOSA (PODAGRA). PESE A NIVELES NORMALES DE ACIDO URICO EN SANGRE SE HAN OBSERVADO PACIENTE CON CRISIS GOTOSA (DOLOR EN INFAMACION) DE ARTICULACIONES CON NIVELES NORMALES DE ACIDO URICO. DEBE CONTINUAR EL ALOPURINOL.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M109-GOTA, NO ESPECIFICADA

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Recomendaciones

PCR, VSG, ACDO URICO EN SANGRE DENTRO DE LIMITES NORMALES. PACIENTE CON CLINICA ALTAMENTE SUGESTIVA DE ARTRITIS GOTOSA (PODAGRA). PESE A NIVELES NORMALES DE ACIDO URICO EN SANGRE SE HAN OBSERVADO PACIENTE CON CRISIS GOTOSA (DOLOR EN INFAMACION) DE ARTICULACIONES CON NIVELES NORMALES DE ACIDO URICO. DEBE CONTINUAR EL ALOPURINOL.

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC **Identificación** 9868564

Nombre completo NESTOR JULIAN GARCIA **Registro médico** 1701650110

Revisión de Exámenes Medicos - EXAMEN DE LABORATORIO

Profesional: NESTOR JULIAN GARCIA **Fecha Inicio:** 18-02-2021 07:59 AM **Fecha Final:** 18-02-2021 07:59 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Revisión de Exámenes Medicos

Profesional: NESTOR JULIAN GARCIA **Fecha:** 18-02-2021 07:59 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Revisión de Exámenes Medicos

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-02-18 07:57
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Atención Inicial

Tipo Atención: Control medico general **Fecha:** 06-02-2021
Doctor: NESTOR JULIAN GARCIA
Diagnóstico Principal: M255 - DOLOR EN ARTICULACIÓN

Análisis & Plan:

SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN SEGÚN DIRECTRIZ DEL MINISTERIO DE SALUD, UTILIZANDO TAPABOCAS N95, BATA DESECHABLE. MASCULINO DE 46 AÑOS, LABORA COMO OPERARIO DE MABE, CUADRO DE 15 DIAS DE DOLOR EN 2 Y 3 DEDO DE PIE DERECHO, SIN TRAUMA, NO CAMBIO EN LA COLORACION, CON EDEMA LOCAL, Y DISMINUCION DE LA TEMPERATURA, EL DOLOR ES CONTINUO, SE INTENSIFICA CON REPOSO, NO FIEBRE, DIAFORESIS NOCTURNA DESDE HACE 8 MESES A 1 AÑO, HACE 2 MESES DOLOR EN PRIMER DEDO DE PIE IZQUIERDO, FUE VALORADO POR ESTE DOLOR POR FISIATRIA QUIEN LE ORDENO PARACLINICOS QUE FUERON NORMALES, LE ORDENO COCHICINA Y CONTROL, ESTE MEDICAMENTO AUN LO ESTA TOMANDO. DOLOR OLIGOARTICULAR DE ARTICULACIONES MTF E INTERFALANGICAS DE 2 Y 3 DEDO DE PIE, ANTEDEDENTE DE PODAGRA + SINDROME METABOLICO, SE CONSIDERA CUADRO DE ARTRITIS POR GOTA ORDENO NIVELE DE ACIDO URICO, PCR, VSG, MEDICACION.

Nota de seguimiento:

Resultados de Exámenes

902204 - ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG]

Fecha Solicitud: 06/02/2021 **Fecha Realización:** 17/02/2021 **Fecha Entrega Resultados:** 17/02/2021

Prueba	Resultado	Info Adicional
Velocidad Sedimentaci¿n Globular	7 mm/h	
Ni¿os : 0 - 10		
Hombres : 0 - 15		
Mujeres : 0 - 20		

906914 - PROTEINA C REACTIVA

Fecha Solicitud: 06/02/2021 **Fecha Realización:** 17/02/2021 **Fecha Entrega Resultados:** 17/02/2021

Prueba	Resultado	Info Adicional
Proteina C Reactiva	MENOR DE 6	Hasta 6 - - mg/L

Análisis y plan

Formato COVID-19

Información gestión covid

Fecha de inicio de gestión	Fecha de finalización de gestión	Estado	Número de días	Nueva gestión
04-11-2020	10-11-2020	Finalizado	6	No

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Programa Sin Programa **Tipo atención** Revisión de exámenes

Notas de análisis y plan

PCR Y VSG NORMALES, PENDIENTE NIVELES DE ACIDO URICO.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

Z017-EXAMEN DE LABORATORIO

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC **Identificación** 9868564

Nombre completo NESTOR JULIAN GARCIA **Registro médico** 1701650110

Control medico general - DOLOR EN ARTICULACIÓN

Profesional: NESTOR JULIAN GARCIA **Fecha Inicio:** 06-02-2021 07:33 AM **Fecha Final:** 06-02-2021 07:33 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: NESTOR JULIAN GARCIA **Fecha:** 06-02-2021 07:33 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-02-06 07:15
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedente De Tratamiento Farmacológico

Medicamento	BECLOMETASONA NASAL 50 MCG/DOSIS SUSPENSION PARA INHALACION NASAL X 200 DOSIS (POS)	**Dosificación**	2 PUFF (DISPARO) cada 12 Horas durante 30 Dias
	CLORFENIRAMINA 4 MG TABLETA (POS)		1 TABLETAS cada 24 Horas durante 30 Dias
	TELMISARTAN (No PBS)		1 TABLETAS CADA 24 DIAS DURANTE 30 HORAS
	DIOSMINA 90%/HESPERIDINA 10% FRACCION FLAVONOICA PURIFICADA MICRONIZADA (No PBS)		1 TABLETAS CADA 12 HORAS DURANTE 90 DIAS
	DIOSMINA 90%/HESPERIDINA 10% FRACCION FLAVONOICA PURIFICADA MICRONIZADA (No PBS)		1 TABLETAS CADA 12 HORAS DURANTE 90 DIAS

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	88 kg	**Talla**	170 cm
IMC	30.45	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	79 lpm	**Frecuencia respiratoria**	16 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Clasificación de la temperatura
36 °C	Axilar	Normal

Estado general del paciente

APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES.

Cabeza y Cuello

CLINICAMENTE NORMAL.

Tórax

CLINICAMENTE NORMAL.

Gastrointestinal

CLINICAMENTE NORMAL.

Genitourinario

CLINICAMENTE NORMAL.

Osteomuscular

DOLOR EBN LA MTF DE 2 Y 3 DEDO E PIE DERECHO SIN EDEMA SIN ERITEMA, SIN CALOR LOCAL.

Neurológico

CLINICAMENTE NORMAL.

Vascular periférico

CLINICAMENTE NORMAL.

Piel y anexos

CLINICAMENTE NORMAL.

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Revisión médico general

Notas de análisis y plan

SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN SEGÚN DIRECTRIZ DEL MINISTERIO DE SALUD, UTILIZANDO TAPABOCAS N95, BATA DESECHABLE. MASCULINO DE 46 AÑOS, LABORA COMO OPERARIO DE MABE, CUADRO DE 15 DIAS DE DOLOR EN 2 Y 3 DEDO DE PIE DERECHO, SIN TRAUMA, NO CAMBIO EN LA COLORACION, CON EDEMA LOCAL, Y DISMINUCION DE LA TEMPERATURA, EL DOLOR ES CONTINUO, SE INTENSIFICA CON REPOSO, NO FIEBRE, DIAFORESIS NOCTURNA DESDE HACE 8 MESES A 1 AÑO, HACE 2 MESES DOLOR EN PRIMER DEDO DE PIE IZQUIERDO, FUE VALORADO POR ESTE DOLOR POR FISIATRIA QUIEN LE ORDENO PARACLINICOS QUE FUERON NORMALES, LE ORDENO COCHICINA Y CONTROL, ESTE MEDICAMENTO AUN LO ESTA TOMANDO. DOLOR OLIGOARTICULAR DE ARTICULACIONES MTF E INTERFALANGICAS DE 2 Y 3 DEDO DE PIE, ANTEDEDENTE DE PODAGRA + SINDROME METABOLICO, SE CONSIDERA CUADRO DE ARTRITIS POR GOTA ORDENO NIVELE DE ACIDO URICO, PCR, VSG, MEDICACION.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M255-DOLOR EN ARTICULACIÓN

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	9868564
Nombre completo	NESTOR JULIAN GARCIA	**Registro médico**	1701650110

Telemedicina Interactiva - DOLOR EN MIEMBRO

Profesional: OLGA ESPERANZA JARAMILLO SALAZAR **Fecha Inicio:** 03-02-2021 04:45 PM **Fecha Final:** 03-02-2021 04:45 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta telemedicina médico general

Profesional: OLGA ESPERANZA JARAMILLO SALAZAR **Fecha:** 03-02-2021 04:45 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta telemedicina médico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-02-03 16:26
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS

Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Motivo de Consulta

Se le brinda información del alcance de la Consulta telefónica (no presencial) que se ofrece como alternativa a la cita presencial, dadas las condiciones actuales de la pandemia COVID a nivel nacional. A través de esta atención se indagará el motivo de consulta y los síntomas para su respectivo análisis, en la medida en que sea posible desde este tipo de atención para establecer un diagnóstico, prescribir recomendaciones y tratamiento a seguir. En ningún caso, este servicio reemplaza la atención presencial y es posible que, tras el análisis de su estado de salud, se recomiende acudir a un servicio presencial, para lo cual se le brindarán las indicaciones pertinentes. Dada esta información el paciente acepta la atención telefónica y entiende el alcance de esta: quiero una cita presencial

Enfermedad Actual

paciente de 46 años con antecedentes de apnea del sueño,vertigo periferico, hipoacusia neurosensorial, hidrocele, safenectomia miembro inferior derecho hace 2 años, consulta por que desde hace una semana esta con dolor en 2y3 dedos del pie derecho, sin trauma previo, los ve un poco edematizados y en las noches se le tornan mas frios, solicita valoracion presencial

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No		

¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?	No
Clasificación	Bebedor social

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta telemedicina médico general

Notas de análisis y plan

paciente de 46 años con antecedentes de apnea del sueño,vertigo periferico, hipoacusia neurosensorial, hidrocele, safenectomia miembro inferior derecho hace 2 años, consulta por que desde hace una semana esta con dolor en 2y3 dedos del pie derecho, sin trauma previo, los ve un poco edematizados y en las noches se le tornan mas frios, solicita valoracion presencial, se asigna cita presencial para el 6 de febrero a las 7+15 am con el Dr Nestor Julian Garcia, se notifica al paciente

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M796-DOLOR EN MIEMBRO

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Interpretación

Concepto final	Consulta externa

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30285294
Nombre completo	OLGA ESPERANZA JARAMILLO SALAZAR	**Registro médico**	1707

Pretriage COVID-19

Profesional: MARILUZ VALENCIA RICO **Fecha Inicio:** 02-02-2021 04:43 PM **Fecha Final:** 02-02-2021 04:43 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Pretriage COVID-19

Profesional: MARILUZ VALENCIA RICO **Fecha:** 02-02-2021 04:43 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Pretriage COVID-19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2021-02-02 16:43
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Pretriage COVID-19

Pretriage COVID-19

Cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico

¿Ha tenido fiebre?

No

¿Ha tenido problemas respiratorios (Incluyendo tos) en los últimos 14 días?

No

¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?

No

¿En su entorno cercano hay más de 2 casos con fiebre y/o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios?

No

¿El paciente cree que tiene infección por COVID-19?

No

Pretriage COVID-19

¿Motivo de visita a la sede?	Tramite externo

Resultado

Clasificación	NO COVID
Direccionamiento	Recuerde al usuario que los tramites los puede realizar por la página de EPSSURA www.epssura.com la opción tramites a un click ya sean tramites de regional o IPS básica para no exponerlo y cuidarlo desde su casa.
Mensaje informativo	NO COVID

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1059784557
Nombre completo	MARILUZ VALENCIA RICO	**Registro médico**	1059784557

Pretriage COVID-19

Profesional: ELIZABETH CASTRO ZULUAGA **Fecha Inicio:** 31-12-2020 09:15 AM **Fecha Final:** 31-12-2020 09:15 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Pretriage COVID-19

Profesional: ELIZABETH CASTRO ZULUAGA **Fecha:** 31-12-2020 09:15 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Pretriage COVID-19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-12-31 09:15
Edad en la atención	46 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Pretriage COVID-19

Pretriage COVID-19

Cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico

¿Ha tenido fiebre?

No

¿Ha tenido problemas respiratorios (Incluyendo tos) en los últimos 14 días?

No

¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?

No

¿En su entorno cercano hay más de 2 casos con fiebre y/o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios?

No

¿El paciente cree que tiene infección por COVID-19?

No

Pretriage COVID-19

¿Motivo de visita a la sede?	Formulas

Resultado

Clasificación	NO COVID
Direccionamiento	Recuerde al usuario que los tramites los puede realizar por la página de EPSSURA www.epssura.com la opción tramites a un click ya sean tramites de regional o IPS básica para no exponerlo y cuidarlo desde su casa.
Mensaje informativo	NO COVID

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1053764690
Nombre completo	ELIZABETH CASTRO ZULUAGA	**Registro médico**	1053764690

Telemedicina Interactiva - OTROS HIDROCELES

Profesional: LEANDRO FELIZ HERNANDEZ **Fecha Inicio:** 13-11-2020 10:27 AM **Fecha Final:** 13-11-2020 10:27 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta telemedicina médico general

Profesional: LEANDRO FELIZ HERNANDEZ **Fecha:** 13-11-2020 10:27 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta telemedicina médico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-11-13 10:10
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Motivo de Consulta

NOTA MEDICA: ERROR EN SISTEMA POR CAMBIO DE APLICATIVO NO PERMITIO GUARDAR EN HC TIEMPO REAL. HORA DE ATENCIÓN: 08:00 AM. SALUDO Y ME PRESENTO CON EL PACIENTE COMO MÉDICO DE FAMILIA IPS SURA, SE EXPLICA QUE SE ACCEDERÁ A UN SERVICIO DE TELEORIENTACIÓN EN SALUD DEBIDO A LA SITUACIÓN GLOBAL QUE AFRONTAMOS CON EL CORONAVIRUS, A TRAVÉS DEL CUAL SE ESTUDIARÁN DE FORMA TELEFÓNICA LOS SÍNTOMAS QUE REPORTE, SE ESTABLECERÁN RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTO A SEGUIR, EN LA MEDIDA QUE SEA POSIBLE DESDE LA LLAMADA TELEFÓNICA. EN NINGÚN CASO ESTE SERVICIO REEMPLAZA LA ATENCIÓN MÉDICA PRESENCIAL, Y TIENE LAS RESTRICCIONES PROPIAS DEL MEDIO, POR LO CUAL ES POSIBLE QUE TRAS EL ANÁLISIS SE RECOMIENDE ACUDIR A UN SERVICIO PRESENCIAL, ADEMÁS LA LLAMADA SERÁ GRABADA Y MONITOREADA PARA FINES LEGALES Y DE AUDITORÍA MÉDICA. EL PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA REALIZAR ESTA ASESORÍA TELEFÓNICA. MC: " TENGO UN HIDROCELE"

Enfermedad Actual

PACIENTE EN QUINTA DÉCADA, AHORA CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE APROX 2 AÑOS CONSISTENTE EN HIDROCELE Y APARENTE QUISTE EN TESTICULO, NO ESPECIFICA TIPO, TIENE ECO PREVIA EN FISICO. AHORA CONSULTA POR MAYOR RECURRENCIA DEL DOLOR AL PALAPR LOCALMENTE SIN OTROS CONCOMITANTES. MANEJO EN CASA CON ACETAMINOFÉN EN EPISODIO DE DOLOR CON MEJORIA. NO RELACION A TRAUMAS.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez

Cuestionario CAGE

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	**¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?**	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	**¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?**	No
Clasificación	Bebedor social		

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta telemedicina médico general

Notas de análisis y plan

PACIENTE EN QUINTA DÉCADA, COMORBILIDAD DESCRITA, ANTECEDENTE DE QUISTE TESTICULAR E HIDROCELE CRONICO, AHORA CONSULTA POR DOLOR RECURRENTE DURANTE LA PALPACION Y LA PRESION LOCAL SIN OTROS ASOCIADOS, NO SIGNOS APAPRNETES DE ESCROTO AGUDO. SE ORIENTA MANEJO MEDICO

SINTOMATICO SOCLICITO REPORTE DE ECO POR E-MAIL. ENTIENDE Y ACEPTA. SE DAN RECOMENCAICONES SIGNOS DE ALARMA.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

N432-OTROS HIDROCELES

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Interpretación

Concepto final	Consulta realizada

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1053798610
Nombre completo	LEANDRO FELIZ HERNANDEZ	**Registro médico**	1053798610

Control Telefónico - COVID-19 (virus no identificado)

Profesional: LEANDRO FELIZ HERNANDEZ **Fecha Inicio:** 11-11-2020 06:21 PM **Fecha Final:** 11-11-2020 06:21 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control Telefónico

Profesional: LEANDRO FELIZ HERNANDEZ **Fecha:** 11-11-2020 06:21 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control Telefónico

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-11-11 18:13
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge

Teléfono responsable	3128042729

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez
Clasificación	Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	168 cm

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Control telefónico

Notas de análisis y plan

GESTIÓN MÉDICA: SE ABRE FOLIO PARA GENERAR PRÓRROGA DE INCAPACIDAD MÉDICA, DEL 06/11/2020 - 08/11/2020, PENDIENTE PARA ESA FECHA REALIZAR PRUEBA COVID-19 PCR. SE VERIFICA YA SE HABIA GENERADO PRORROGA. SE REPORTA AL AREA ADMINISTRATIVA.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

U072-COVID-19 (virus no identificado)

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Recomendaciones

DEBES CONSULTAR A LA IPS si presentas alguno de estos sintomas: Fiebre cuantificada (mayor o igual a 38 grados centigrados) por más de dos dias. Sensación de dificultad para respirar Respiración más rápida de lo normal Decaimiento del estado general en forma rapida Somnolencia o dificultad para despertar Si el pecho te suena o te duele al respirar Si los labios o los dedos se ponen morados o azules

En SURA nos preocupa su salud, procure permanecer en casa esta temporada de EMERGENCIA SANITARIA. En caso de duda sobre COVID-19 puede llamar desde el celular al 192 o desde fijo a la línea nacional 018000519519 Opción 1-3, en Medellín 448 61 15 opción 3 o escribir al WhatsApp 3024546329 ó 317 518 02 37. Si considera que requiere cita se sugiere descargar la APP de SEGUROS SURA y dar click en ATENCIÓN VIRTUAL EN SALUD. Para tele orientación medica: POLIZA: 01 8000 51 8888 Celular: numeral 888 Opción 0. Recuerde que estos mismos canales le sirven en caso de aparición de nuevos síntomas o reactivación de los ya existentes.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN BÁSICAS CONTRA INFECCIONES VIRALES LAVATE LAS MANOS FRECUENTEMENTE con agua y jabon o utiliza un desinfectante de manos a base de alcohol. ADOPTA MEDIDAS DE HIGIENE RESPIRATORIA: Al toser o estornudar, cubrete la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; si usas un pañuelo descartalo inmediatamente y lavate las manos con agua y jabon o utiliza un desinfectante de manos a base de alcohol. Si al estornudar o toser te cubres con las manos puedes contaminar los objetos o las personas que toques. MANTEN EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL: Manten al menos 2 metros de distancia con las demas personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. Evita compartir articulos de uso personal (telefonos, computadores., llaves, lapiceros, entre otros). EVITA TOCARTE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA INFORMATE en fuentes confiables: Ministerio de salud, OMS LIMPIA Y DESCONTAMINA objetos y superficies. VENTILA tu casa y las areas de trabajo cada vez que sea posible. RECUERDA registrarte en la aplicación CoronApp

Para EPS SURA cuidarte es nuestro propósito. Queremos acompañarte de manera oportuna y con la atención adecuada para ti y las personas de tu entorno. Te recomendamos diligenciar el siguiente formulario para la identificación de contactos. La información que nos brindes será confidencial.Copia y pega el enlace en tu buscador de internet para acceder a la encuesta. (https://www.omnivida.org/blank-page-2) Recuerda que con tu reporte nos estás ayudando a cuidar a otros.

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1053798610
Nombre completo	LEANDRO FELIZ HERNANDEZ	**Registro médico**	1053798610

Control Telefónico - COVID-19 (virus no identificado)

Profesional: LEANDRO FELIZ HERNANDEZ **Fecha Inicio:** 11-11-2020 06:07 PM **Fecha Final:** 11-11-2020 06:07 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control Telefónico

Profesional: LEANDRO FELIZ HERNANDEZ **Fecha:** 11-11-2020 06:07 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control Telefónico

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-11-11 17:58
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez
Clasificación	Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	168 cm

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Control telefónico

Notas de análisis y plan

GESTIÓN MÉDICA: SE ABRE FOLIO PARA PRORROGA DE INCAPACIDAD MÉDICA DE PACIENTE CON SOSPECHA COVID-19 AUN PDTE REPORTE DE PRUEBA, SEGUN SOLICITUD ADMINISTRATIVA FECHA DEL 06/11/2020 AL 08/11/2020. SE INTENTA REALIZAR GESTION PERO EXISTE TRASLAPE DE INCAPACIDADES. SE INFORMA A AREA ADMINISTRATIVA. RT- PCR SARS COV2: 07/11/2020 NEGATIVO, HISOPADO.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

U072-COVID-19 (virus no identificado)

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Recomendaciones

DEBES CONSULTAR A LA IPS si presentas alguno de estos sintomas: Fiebre cuantificada (mayor o igual a 38 grados centigrados) por más de dos dias. Sensación de dificultad para respirar Respiración más rápida de lo normal Decaimiento del estado general en forma rapida Somnolencia o dificultad para despertar Si el pecho te suena o te duele al respirar Si los labios o los dedos se ponen morados o azules

En SURA nos preocupa su salud, procure permanecer en casa esta temporada de EMERGENCIA SANITARIA. En caso de duda sobre COVID-19 puede llamar desde el celular al 192 o desde fijo a la línea nacional 018000519519 Opción 1-3, en Medellín 448 61 15 opción 3 o escribir al WhatsApp 3024546329 ó 317 518 02 37. Si considera que requiere cita se sugiere descargar la APP de SEGUROS SURA y dar click en ATENCIÓN VIRTUAL EN SALUD. Para tele orientación medica: POLIZA: 01 8000 51 8888 Celular: numeral 888 Opción 0. Recuerde que estos mismos canales le sirven en caso de aparición de nuevos síntomas o reactivación de los ya existentes.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN BÁSICAS CONTRA INFECCIONES VIRALES LAVATE LAS MANOS FRECUENTEMENTE con agua y jabon o utiliza un desinfectante de manos a base de alcohol. ADOPTA MEDIDAS DE HIGIENE RESPIRATORIA: Al toser o estornudar, cubrete la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; si usas un pañuelo descartalo inmediatamente y lavate las manos con agua y jabon o utiliza un desinfectante de manos a base de alcohol. Si al estornudar o toser te cubres con las manos puedes contaminar los objetos o las personas que toques. MANTEN EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL: Manten al menos 2 metros de distancia con las demas personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. Evita compartir articulos de uso personal (telefonos, computadores., llaves, lapiceros, entre otros). EVITA TOCARTE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA INFORMATE en fuentes confiables: Ministerio de salud, OMS LIMPIA Y DESCONTAMINA objetos y superficies. VENTILA tu casa y las areas de trabajo cada vez que sea posible. RECUERDA registrarte en la aplicación CoronApp

Para EPS SURA cuidarte es nuestro propósito. Queremos acompañarte de manera oportuna y con la atención adecuada para ti y las personas de tu entorno. Te recomendamos diligenciar el siguiente formulario para la identificación de contactos. La información que nos brindes será confidencial.Copia y pega el enlace en tu buscador de internet para acceder a la encuesta. (https://www.omnivida.org/blank-page-2) Recuerda que con tu reporte nos estás ayudando a cuidar a otros.

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1053798610
Nombre completo	LEANDRO FELIZ HERNANDEZ	**Registro médico**	1053798610

Orientación telefónica seguimiento confirmados médico coronavirus - OBSERVACIÓN POR SOSPECHA DE OTRAS ENFERMEDADES Y AFECCIONES

Profesional: FERNANDO MENDEZ MEJIA **Fecha Inicio:** 10-11-2020 07:29 AM **Fecha Final:** 10-11-2020 07:29 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Orientación telefónica seguimiento confirmados médico coronavirus

Profesional: FERNANDO MENDEZ MEJIA **Fecha:** 10-11-2020 07:29 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Orientación telefónica seguimiento confirmados médico coronavirus

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-11-10 07:14
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez
Clasificación	Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	168 cm

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Orientación Telefónica Medico Coronavirus (Covid19)

Notas de análisis y plan

Se accederá a un servicio de tele orientación en salud a través del cual se estudiarán de forma telefónica los síntomas que reporte, se establecerán recomendaciones y tratamiento a seguir, en la medida en que sea posible desde la llamada telefónica. En ningún caso este servicio reemplaza la atención médica presencial, y tiene las restricciones propias del medio, por lo cual es posible que tras el análisis se recomiende acudir a un servicio presencial. *** Nombre: Alarcon Jaramillo, Juan Carlos. CC 75075796, 45 años. Inicio

de sintomas 30 de octubre, refiere con mejoria. No tos, no fiebre, no disnea, no expectoración, no hemoptisis. Prueba pcr 7 de noviembre: negativo. Se descarta caso, se cierra seguimiento, recomendaciones en protección personal y distanciamiento social (incapacidad el día de ayer que se encontraba en aislamiento y no asisitó a actividad laboral)

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

Z038-OBSERVACIÓN POR SOSPECHA DE OTRAS ENFERMEDADES Y AFECCIONES

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1053768332
Nombre completo	FERNANDO MENDEZ MEJIA	**Registro médico**	1053768332

Pretriage COVID-19

Profesional: YULY KATHERIN CAMACHO BAUTISTA **Fecha Inicio:** 04-11-2020 01:58 PM **Fecha Final:** 04-11-2020 01:58 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Pretriage COVID-19

Profesional: YULY KATHERIN CAMACHO BAUTISTA **Fecha:** 04-11-2020 01:58 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Pretriage COVID-19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-11-04 13:58
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Pretriage COVID-19

Pretriage COVID-19

Cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico

¿Ha tenido fiebre?

No

¿Ha tenido problemas respiratorios (Incluyendo tos) en los últimos 14 días?

No

¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?

No

¿En su entorno cercano hay más de 2 casos con fiebre y/o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios?

No

¿El paciente cree que tiene infección por COVID-19?

No

Pretriage COVID-19

¿Motivo de visita a la sede?	Tramite externo

Resultado

Clasificación	NO COVID
Direccionamiento	Recuerde al usuario que los tramites los puede realizar por la página de EPSSURA www.epssura.com la opción tramites a un click ya sean tramites de regional o IPS básica para no exponerlo y cuidarlo desde su casa.
Mensaje informativo	NO COVID

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	24716341
Nombre completo	YULY KATHERIN CAMACHO BAUTISTA	**Registro médico**	20561

INS 346 - Infección respiratoria aguda por virus nuevo - V2

Profesional: LUIS ALBERTO BERMEJO ARIZA **Fecha Inicio:** 04-11-2020 08:41 AM **Fecha Final:** 04-11-2020 08:41 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita INS 346 - Infección respiratoria aguda por virus nuevo - V2

Profesional: LUIS ALBERTO BERMEJO ARIZA **Fecha:** 04-11-2020 08:41 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

INS 346 - Infección respiratoria aguda por virus nuevo - V2

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS

Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-11-04 08:40
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	72
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Información general

Información general

Departamento	05	**Municipio**	001
Código	11147	**Sub-Índice**	04
Razón social de la unidad primaria generadora del dato	INCODOL- INSTITUTO COLOMBIANO DEL DOLOR	**Nombre del evento**	INFECCIÓN RESPIRATORIA POR VIRUS NUEVO
Código del evento	346	**Fecha de la notificación**	04-11-2020
Clasificación COVID-19 inicial	COVID-19 - Caso 2		

Identificación del paciente

Identificación del paciente

Teléfono	3113237133	**Fecha de nacimiento**	27-11-1974
Edad	45 Años	**Código de nacionalidad**	170
Nacionalidad del paciente	170 - COLOMBIA	**Código país de ocurrencia del caso**	170
País	170 - COLOMBIA	**Municipio y departamento de ocurrencia**	MANIZALES - CALDAS
Código departamento de ocurrencia del caso	17	**Código municipio de ocurrencia del caso**	001
Área de ocurrencia del caso	Cabecera municipal	**Localidad**	SIN INFORMACIÓN
Barrio de ocurrencia del caso	LA CUMBRE	**Ocupación**	EMPLEADO
Tipo de régimen en salud	C. Contributivo	**Código administradora de planes de beneficios**	EPS010
Administradora de planes de beneficios	EPS010-SURA E.P.S CONTRIBUTIVO	**Pertenencia étnica**	Otro
Grupo poblacional	Otros grupos poblacionales		

Notificación

Notificación

Fuentes	Notificación rutinaria	**Dirección de residencia**	CR 8 # 58 B - 19
Fecha de consulta	04-11-2020	**Fecha inicio de síntomas**	30-10-2020
Clasificación COVID-19 inicial	Probable	**Hospitalizado**	No
Condición final	Vivo	**Profesional que diligencio la ficha**	LUIS ALBERTO BERMEJO ARIZA
Teléfono profesional	4488919		

¿Por qué se notifica el caso como Ira por virus nuevo?

¿Por qué se notifica el caso como Ira por virus nuevo?

¿Viajo a areas de circulación del virus nuevo?	No	**¿El viaje fue en el territorio nacional?**	No
¿El viaje fue internacional?	No	**¿Tuvo contacto estrecho en los últimos 14 días con un caso probable o confirmado?**	Si
Síntomas	Paciente con fiebre		

Paciente con tos

Cefalea

Diagnostico y tratamiento

Diagnostico y tratamiento

Si se tomó de radiografía de tórax ¿qué hallazgos se presentaron?	Ninguno

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1043009019
Nombre completo	LUIS ALBERTO BERMEJO ARIZA	**Registro médico**	1043009019

Orientación telefónica seguimiento confirmados médico coronavirus - COVID-19 (virus no identificado)

Profesional: LUIS ALBERTO BERMEJO ARIZA **Fecha Inicio:** 04-11-2020 08:39 AM **Fecha Final:** 04-11-2020 08:39 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Orientación telefónica seguimiento confirmados médico coronavirus

Profesional: LUIS ALBERTO BERMEJO ARIZA **Fecha:** 04-11-2020 08:39 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Orientación telefónica seguimiento confirmados médico coronavirus

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-11-04 08:29
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez
Clasificación	Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	168 cm

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa

Tipo atención Orientación Telefónica Medico Coronavirus (Covid19)

Notas de análisis y plan

Me presento como médica de IPS SURA virtual. Atendiendo la alerta mundial y las recomendaciones de la OMS se accederá a un servicio de tele orientación en salud a través del cual se estudiarán de forma telefónica los síntomas que reporte, se establecerán recomendaciones y tratamiento a seguir, en la medida en que sea posible desde la llamada telefónica. En ningún caso este servicio reemplaza la atención médica presencial, y tiene las restricciones propias del medio, por lo cual es posible que tras el análisis se recomiende acudir a un servicio presencial. Paciente entiende y acepta atención. Paciente quien es atendido de acuerdo a los lineamientos por el Ministerio de Salud el 23.07.20 y Guías institucionales SARS-COV2/COVID-19 versión 18 del 25.08.20. PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS DE EDAD,EMPLEADO, CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DADO POR FIEBRE CUANTIFICADA DE 38C-TOS SECA-RINORREA HIALINA-CEFALEA,FECHA DE INICIO DE SINTOMAS 30-10-20,ESTUVO EN CONTACTO CON UN COMPAÑERO DE TRABAJO POSITIVO PARA COVID 19 FECHA DE CONTACTO: 29-10-20,PACIENTE SIN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS, CLASIFICADO COMO CASO 2 PRIORIDAD 2, ORDENO REALIZACION DE PRUEBA TIPO PCR ,Y ADEMAS DOY RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

U072-COVID-19 (virus no identificado)

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
I839-VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ÚLCERA NI INFLAMACIÓN	Impresión diagnóstica
J989-TRASTORNO RESPIRATORIO, NO ESPECIFICADO	Impresión diagnóstica
E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Recomendaciones

Para EPS SURA cuidarte es nuestro propósito. Queremos acompañarte de manera oportuna y con la atención adecuada para ti y las personas de tu entorno. Te recomendamos diligenciar el siguiente formulario para la identificación de contactos. La información que nos brindes será confidencial.Copia y pega el enlace en tu buscador de internet para acceder a la encuesta. (https://www.omnivida.org/blank-page-2) Recuerda que con tu reporte nos estás ayudando a cuidar a otros.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN BÁSICAS CONTRA INFECCIONES VIRALES LAVATE LAS MANOS FRECUENTEMENTE con agua y jabon o utiliza un desinfectante de manos a base de alcohol. ADOPTA MEDIDAS DE HIGIENE RESPIRATORIA: Al toser o estornudar, cubrete la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; si usas un pañuelo descartalo inmediatamente y lavate las manos con agua y jabon o utiliza un desinfectante de manos a base de alcohol. Si al estornudar o toser te cubres con las manos puedes contaminar los objetos o las personas que toques. MANTEN EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL: Manten al menos 2 metros de distancia con las demas personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. Evita compartir articulos de uso personal (telefonos, computadores., llaves, lapiceros, entre otros). EVITA TOCARTE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA INFORMATE en fuentes confiables: Ministerio de salud, OMS LIMPIA Y DESCONTAMINA objetos y superficies. VENTILA tu casa y las areas de trabajo cada vez que sea posible. RECUERDA registrarte en la aplicación CoronApp

En SURA nos preocupa su salud, procure permanecer en casa esta temporada de EMERGENCIA SANITARIA. En caso de duda sobre COVID-19 puede llamar desde el celular al 192 o desde fijo a la línea nacional 018000519519 Opción 1-3, en Medellín 448 61 15 opción 3 o escribir al WhatsApp 3024546329 ó 317 518 02 37. Si considera que requiere cita se sugiere descargar la APP de SEGUROS SURA y dar click en ATENCIÓN VIRTUAL EN SALUD. Para tele orientación medica: POLIZA: 01 8000 51 8888 Celular: numeral 888 Opción 0. Recuerde que estos mismos canales le sirven en caso de aparición de nuevos síntomas o reactivación de los ya existentes.

DEBES CONSULTAR A LA IPS si presentas alguno de estos sintomas: Fiebre cuantificada (mayor o igual a 38 grados centigrados) por más de dos dias. Sensación de dificultad para respirar Respiración más rápida de lo normal Decaimiento del estado general en forma rapida Somnolencia o dificultad para despertar Si el pecho te suena o te duele al respirar Si los labios o los dedos se ponen morados o azules

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1043009019
Nombre completo	LUIS ALBERTO BERMEJO ARIZA	**Registro médico**	1043009019

Control medico general - RINITIS ALÉRGICA, NO ESPECIFICADA

Profesional: FRANKLING DE JESUS PAQUE ROJAS **Fecha Inicio:** 03-11-2020 09:07 AM **Fecha Final:** 03-11-2020 09:07 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: FRANKLING DE JESUS PAQUE ROJAS **Fecha:** 03-11-2020 09:07 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19. LA CUMBRE
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-11-03 07:02
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez
Clasificación	Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Otros hábitos

Otros hábitos y estilos de vida	ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	90 kg	**Talla**	168 cm
IMC	31.89	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	74 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Estado general del paciente

PACIENTE EN APARENTE BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, COLABORADOR, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ESTABLE CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE.

Cabeza y Cuello

NORMOCÉFALO, PUPILAS ISOCÒRICAS, NORMORREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, CORNEAS CLARAS, USA GAFAS, MUCOSAS HÚMEDAS, OÍDOS SIN ALTERACIÓN APARENTE, FARINGE SIN ALTERACIÓN, FOSAS NASALES CONGESTIVAS, LEVE HIPERTROFIA DE CORNETES, NO RINORREA, NO ESCURRIMIENTO POSTERIOR. CUELLO MOVIL, SIMETRICO, SIN MASAS NI ADENOPATIAS, TIROIDES APARENTA SIN ALTERACIONES, NO INGURGITACION YUGULAR, NO SOPLOS CAROTIDEOS.

Tórax

TORAX SIMETRICO, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, SIN RETRACCIONES, SIN LESIONES, CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, SIN PAUSAS, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS

Gastrointestinal

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPA MASAS NI VISCEROMEGALIAS

Osteomuscular

EXTREMIDADES: MOVILES, SIMETRICAS, BIEN PERFUNDIDAS, SIN EDEMAS, PULSOS PEDIOS POSITIVOS, LLENADO CAPILAR CONSERVADO.

Neurológico

SIN DEFICIT APARENTE.

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Revisión médico general

Notas de análisis y plan

INGRESA A LAS 08:40 AM USUARIO QUIEN REFIERE SE ENCUENTRA EN CONTROL OTORRINO - ULTIMA HISTORIA OTORRINO DR CARLOS ARBELAEZ 24/09/2020: DX APNEA DEL SUEÑO - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES -* HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL "OIDO DERECHO" CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL - TINNITUS - PLAN POLISOMNOGRAFIA PARA ADAPTACION DE CPAP - NIMODIPINO 30 MG NOCHE POR 3 MESES - VALORACION POR CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA OR MAREO DE ORIGEN NO OTORRINOLARINGOLOGICO - CONTROL CON RESULTADOS - VALORADO POR CARDIOLOGIA DR

MAURICIO PINEDA 28/10/2020: DX MAREO Y DESVANECIMIENTO - APNEA DEL SUEÑO - DISNEA - ORDENO ECOCARDIOGRAMA ESTRES CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA - HOLTER - CONTROL CON REPORTE - PTE DE 45 AÑOS CON DX RECIENTE DE APNEA DE SUÑOE, VERTIGO PERIFERICO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL - HASTA HACE 5 AÑOS HACIA EJERCICIO, REFIERE DISNEA A MODERADOS ESFUERZOS, CONTROL CON REPORTES. NEUROLOGIA FRASCISCO SILVA VALORO 20/10/2020: DX VERTIGO PERIFERICO - SAHOS - ORDENA FISIOTERAPIA PARA VERTIGO -INSISTIR CON TITULACION DEL CPAP - CONTROL 1 MES - REFIERE TIENE PROGRAMADA POLISOMNOGRAFIA EL DIA DE MAÑANA - REFIERE CUADRO DE 6 DIAS DE SENSACION DE OLOR FETIDO NASAL, CONGESTION NASAL, RINORREA INICIAL VERDOSA, AHORA HIALINA, REFIERE SENSACION DE FIEBRE NO CUANTIFICADA, REFIERE SE AUTOMEDICO CON AZITROMICINA 3 TABLETAS - CETIRIZINA - CON MEJORIA PROGRESIVA, NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS. NIEGA FIEBRE, NIEGA ESCALOFRIO, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA NEXO EPIDEMIOLOGICO PARA COVID 19. SE TOMAN LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA EVALUAR AL PACIENTE SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL - SE ATIENDE USUARIO CON LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. PACIENTE QUIEN CURSA CON RINUSINUSITIS ALERGICA - ANTECEDENTE DE APNEA DEL SUEÑO - TINNITUS - VERTIGO PERIFERICO - HIPOACUASIA UNILATERAL DERECHA EN MANEJO POR OTORRINO, CARDIOLOGIA Y NEUROLOGIA Y ANTECEDENTE DE EPICONDIITIS EN MANEJO POR FISIATRIA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SE ORDENA BECLOMETASONA NASAL, CLORFENIRAMINA 4 MG NOCHE, CONTINIAR NIMODIPINO 30 MG NOCHE, CONTINIAR CONTROLES POR ESPECIALIDADES,RECOMENDACIONES MEDIOAMBIENTALES: NO LANAS, NO PELUCHES, NO TAPETES, NO MASCOTAS (PERROS - GATOS), NO POLVO, NO HUMO, PROTEGERSE DEL FRIO Y LA HUMEDAD, ETC. , DIETA DISMINUIR EL CONSUMO DE AZUCARES, HARINAS, PANELA, NO FRITURAS, NO APANADOS, NO CHULETAS, NO CHICHARRON, CONSUMIR TODO COCIDO, ASADO A LA PLANCHA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, LIQUIDOS ABUNDANTES, HIGIENE GENERAL, LAVADO MANOS, ACTIVIDAD FISICA, CONTROL SEGÚN EVOLUCIÓN, SIGNOS DE ALARMA PARA ASISTIR POR URGENCIAS EMPEORAMIENTO CLINICO, FIEBRE, CONVULSION, DOLOR DEL PECHO, SINCOPES (DESMAYOS), HEMIPARESIAS(PERDIDA DE FUERZA MUSCULAR EN ALGUN LADO DEL CUERPO), DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALTERACION DE CONCIENCIA (INCONCIENTE), DESVANECIMIENTO, EDEMAS(HINCHAZON), HEMORRAGIAS, INTOLERANCIA ORAL (VOMITO A REPETICION), DIARREA DE ALTO GASTO(MAS DE 10 DEPOSICIONES O DEPOSICIONES ABUNDANTES QUE CAUSEN DESHIDRATACION), Y OTROS, ADEMÁS EN NO TOMAR MEDICACION SIN ORDEN MEDICA, NO AUTOMEDICARSE. DICE ENTENDER

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

J304-RINITIS ALÉRGICA, NO ESPECIFICADA

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Recomendaciones

Cuide su salud y proteja a los demás a través de las siguientes medidas: ¿LÁVESE LAS MANOS FRECUENTEMENTE: puede ser con un desinfectante de manos a base de alcohol o con agua y jabón. ¿ ADOPTE MEDIDAS DE HIGIENE RESPIRATORIA: Al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; tire el pañuelo inmediatamente y lávese las manos con un desinfectante de manos a base de alcohol, o con agua y jabón. Si usted estornuda o tose cubriéndose con las manos puede contaminar los objetos o las personas a los que toque. Utilice siempre la mascarilla (tapabocas) convencional. ¿MANTENGA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL: Mantenga al menos 1 metro (3 pies) de distancia entre usted y las demás personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. Evite compartir artículos de uso personal (teléfonos, computadores...) ¿ EVITE TOCARSE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA. ¿ INFÓRMESE enfuentes confiables: Ministerio de salud, OMS, Instituto Nacional de Salud. ¿ LIMPIE Y DESCONTAMINE objetos ysuperficies. ¿VENTILE SU CASA Y LAS ÁREAS DE TRABAJO cada vez que sea posible. ¿Reporte su estado de salud a través de la aplicación del Ministerio de Salud Coronapp

RECOMENDACIONES MEDIOAMBIENTALES: NO LANAS, NO PELUCHES, NO TAPETES, NO MASCOTAS (PERROS - GATOS), NO POLVO, NO HUMO, PROTEGERSE DEL FRIO Y LA HUMEDAD, ETC. , DIETA DISMINUIR EL CONSUMO DE AZUCARES, HARINAS, PANELA, NO FRITURAS, NO APANADOS, NO CHULETAS, NO CHICHARRON, CONSUMIR TODO COCIDO, ASADO A LA PLANCHA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, LIQUIDOS ABUNDANTES, HIGIENE GENERAL, LAVADO MANOS, ACTIVIDAD FISICA, CONTROL SEGÚN EVOLUCIÓN, SIGNOS DE ALARMA PARA ASISTIR POR URGENCIAS EMPEORAMIENTO CLINICO, FIEBRE, CONVULSION, DOLOR DEL PECHO, SINCOPES (DESMAYOS), HEMIPARESIAS(PERDIDA DE FUERZA MUSCULAR EN ALGUN LADO DEL CUERPO), DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALTERACION DE CONCIENCIA (INCONCIENTE), DESVANECIMIENTO, EDEMAS(HINCHAZON), HEMORRAGIAS, INTOLERANCIA ORAL (VOMITO A REPETICION), DIARREA DE ALTO GASTO(MAS DE 10 DEPOSICIONES O DEPOSICIONES ABUNDANTES QUE CAUSEN DESHIDRATACION), Y OTROS, ADEMÁS EN NO TOMAR MEDICACION SIN ORDEN MEDICA, NO AUTOMEDICARSE. DICE ENTENDER

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	7699503
Nombre completo	FRANKLING DE JESUS PAQUE ROJAS	**Registro médico**	7699503

Pretriage COVID-19

Profesional: YULY KATHERIN CAMACHO BAUTISTA **Fecha Inicio:** 20-10-2020 05:45 PM **Fecha Final:** 20-10-2020 05:45 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Pretriage COVID-19

Profesional: YULY KATHERIN CAMACHO BAUTISTA **Fecha:** 20-10-2020 05:45 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Pretriage COVID-19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19. LA CUMBRE
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-10-20 17:44
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Pretriage COVID-19

Pretriage COVID-19

Cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico

¿Ha tenido fiebre?

No

¿Ha tenido problemas respiratorios (Incluyendo tos) en los últimos 14 días?

No

¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?

No

¿En su entorno cercano hay más de 2 casos con fiebre y/o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios?

No

¿El paciente cree que tiene infección por COVID-19?

No

Pretriage COVID-19

¿Motivo de visita a la sede?	Tramite externo

Resultado

Clasificación	NO COVID
Direccionamiento	Recuerde al usuario que los tramites los puede realizar por la página de EPSSURA www.epssura.com la opción tramites a un click ya sean tramites de regional o IPS básica para no exponerlo y cuidarlo desde su casa.
Mensaje informativo	NO COVID

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	24716341
Nombre completo	YULY KATHERIN CAMACHO BAUTISTA	**Registro médico**	20561

Visita inasistida

Profesional: FRANKLING DE JESUS PAQUE ROJAS **Fecha Inicio:** 19-10-2020 09:23 AM **Fecha Final:** 19-10-2020 09:23 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Visita inasistida

Profesional: FRANKLING DE JESUS PAQUE ROJAS **Fecha:** 19-10-2020 09:23 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Visita inasistida - Revisión médico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19. LA CUMBRE
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-10-19 09:21
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com

Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Visita inasistida

Observación inasistencia

SE REALIZA LLAMADO EN SALA DE ESPERA EN REPETIDAS OPORTUNIDADES, EL USUARIO NO CONTESTA, NO ASISTE, ULTIMO LLAMADO A LAS 09:20 AM

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	7699503
Nombre completo	FRANKLING DE JESUS PAQUE ROJAS	**Registro médico**	7699503

Telemedicina Interactiva - CONSULTA, NO ESPECIFICADA

Profesional: FRANKLING DE JESUS PAQUE ROJAS **Fecha Inicio:** 08-10-2020 05:09 PM **Fecha Final:** 08-10-2020 05:09 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta telemedicina médico general

Profesional: FRANKLING DE JESUS PAQUE ROJAS **Fecha:** 08-10-2020 05:09 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta telemedicina médico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19. LA CUMBRE
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-10-08 16:58
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión	8754184	**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Motivo de Consulta

SE REALIZA LLAMADO TELEFONICO, USUARIO CON CITA PROGRAMADA DE TELEMEDICINA EL DIA DE HOY A LAS 17 HORAS, CONTESTA EL USUARIO, SE LE EXPLICA QUE DEBIDO A LA SITUACIÓN GLOBAL QUE AFRONTAMOS CON EL CORONAVIRUS, QUEREMOS OFRECERLE EL SERVICIO DE TELE ORIENTACIÓN MEDICA, REFIERE NO DESEA LA VALORACION MEDICA TELEFONICA, DESEA QUE LA VALORACION MEDICA SEA DE MANERA PRESENCIAL, DESEA QUE LA CITA CON MEDICO

FRANKLNG, REFIERE "YO ESPERO", SE ASIGNA CITA PARA EL DIA 19/10/2020 A LAS 08:20 AM, SEDE ODONTOLOGIA 2DO PISO, MEDICO PAQUE ROJAS FRANKLING DE JESUS, LLEGAR 30 MINUTOS ANTES DE LA HORA DE LA CITA, ASISTIR CON MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

Enfermedad Actual

.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez
Clasificación	Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta telemedicina médico general

Notas de análisis y plan

PACIENTE ATENDIDO EN TELECONSULTA - SE REALIZA LLAMADO TELEFONICO, USUARIO CON CITA PROGRAMADA DE TELEMEDICINA EL DIA DE HOY A LAS 17 HORAS, CONTESTA EL USUARIO, SE LE EXPLICA QUE DEBIDO A LA SITUACIÓN GLOBAL QUE AFRONTAMOS CON EL CORONAVIRUS, QUEREMOS OFRECERLE EL SERVICIO DE TELE ORIENTACIÓN MEDICA, REFIERE NO DESEA LA VALORACION MEDICA TELEFONICA, DESEA QUE LA VALORACION MEDICA SEA DE MANERA PRESENCIAL, DESEA QUE LA CITA CON MEDICO FRANKLNG, REFIERE "YO ESPERO", SE ASIGNA CITA PARA EL DIA 19/10/2020 A LAS 08:20 AM, SEDE ODONTOLOGIA 2DO PISO, MEDICO PAQUE ROJAS FRANKLING DE JESUS, LLEGAR 30 MINUTOS ANTES DE LA HORA DE LA CITA, ASISTIR CON MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

Z719-CONSULTA, NO ESPECIFICADA

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Interpretación

Concepto final Consulta externa

Recomendaciones

Recuerda que la cita de tele-orientación virtual en salud no reemplaza una consulta presencial, Recuerda que, si presentas alguna inquietud en salud, también cuentas conservicio de Atención virtual en salud, por medio de la Aplicación SEGUROSSURA para Apple y Android podrás comunicarte con el médico y aclarar tus dudas. Cuide su salud y proteja a los demás a través de las siguientes medidas: ¿LÁVESE LAS MANOS FRECUENTEMENTE: puede ser con un desinfectante de manos a base de alcohol o con agua y jabón. ¿ ADOPTE MEDIDAS DE HIGIENE RESPIRATORIA: Al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; tire el pañuelo inmediatamente y lávese las manos con un desinfectante de manos a base de alcohol, o con agua y jabón. Si usted estornuda o tose cubriéndose con las manos puede contaminar los objetos o las personas a los que toque. Utilice siempre la mascarilla (tapabocas) convencional. ¿MANTENGA EL DISTANCIAMIENTO SOCIAL: Mantenga al menos 1 metro (3 pies) de distancia entre usted y las demás personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. Evite compartir artículos de uso personal (teléfonos, computadores...) ¿ EVITE TOCARSE LOS OJOS, LA NARIZ Y LA BOCA. ¿ INFÓRMESE enfuentes confiables: Ministerio de salud, OMS, Instituto Nacional de Salud. ¿ LIMPIE Y DESCONTAMINE objetos ysuperficies. ¿VENTILE SU CASA Y LAS ÁREAS DE TRABAJO cada vez que sea posible. ¿Reporte su estado de salud a través de la aplicación del Ministerio de Salud Coronapp

SE ASIGNA CITA PARA EL DIA 19/10/2020 A LAS 08:20 AM, SEDE ODONTOLOGIA 2DO PISO, MEDICO PAQUE ROJAS FRANKLING DE JESUS, LLEGAR 30 MINUTOS ANTES DE LA HORA DE LA CITA, ASISTIR CON MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD, DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	7699503
Nombre completo	FRANKLING DE JESUS PAQUE ROJAS	**Registro médico**	7699503

Pretriage COVID-19

Profesional: PAULA ANDREA GUTIERREZ OSORIO **Fecha Inicio:** 30-09-2020 07:28 AM **Fecha Final:** 30-09-2020 07:28 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Pretriage COVID-19

Profesional: PAULA ANDREA GUTIERREZ OSORIO **Fecha:** 30-09-2020 07:28 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Pretriage COVID-19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19. LA CUMBRE
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-09-30 07:27
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Pretriage COVID-19

Pretriage COVID-19

Cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico

¿Ha tenido fiebre?

No

¿Ha tenido problemas respiratorios (Incluyendo tos) en los últimos 14 días?

No

¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?

No

¿En su entorno cercano hay más de 2 casos con fiebre y/o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios?

No

¿El paciente cree que tiene infección por COVID-19?

No

Pretriage COVID-19

¿Motivo de visita a la sede? Tramite externo

Resultado

Clasificación NO COVID

Direccionamiento	Recuerde al usuario que los tramites los puede realizar por la página de EPSSURA www.epssura.com la opción tramites a un click ya sean tramites de regional o IPS básica para no exponerlo y cuidarlo desde su casa.
Mensaje informativo	NO COVID

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1130620055
Nombre completo	PAULA ANDREA GUTIERREZ OSORIO	**Registro médico**	1130620055

Pretriage COVID-19

Profesional: JESSICA MARIA GALLEGO TORO **Fecha Inicio:** 19-09-2020 11:40 AM **Fecha Final:** 19-09-2020 11:40 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Pretriage COVID-19

Profesional: JESSICA MARIA GALLEGO TORO **Fecha:** 19-09-2020 11:40 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Pretriage COVID-19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19. LA CUMBRE
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-09-19 11:40
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Pretriage COVID-19

Pretriage COVID-19

Cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico

¿Ha tenido fiebre?

No

¿Ha tenido problemas respiratorios (Incluyendo tos) en los últimos 14 días?

No

¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?

No

¿En su entorno cercano hay más de 2 casos con fiebre y/o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios?

No

¿El paciente cree que tiene infección por COVID-19?

No

Pretriage COVID-19

¿Motivo de visita a la sede?	Tramite externo

Resultado

Clasificación	NO COVID
Direccionamiento	Recuerde al usuario que los tramites los puede realizar por la página de EPSSURA www.epssura.com la opción tramites a un click ya sean tramites de regional o IPS básica para no exponerlo y cuidarlo desde su casa.
Mensaje informativo	NO COVID

Pretriage COVID-19

Profesional: JESSICA MARIA GALLEGO TORO **Fecha Inicio:** 24-08-2020 08:24 AM **Fecha Final:** 24-08-2020 08:24 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Pretriage COVID-19

Profesional: JESSICA MARIA GALLEGO TORO **Fecha:** 24-08-2020 08:24 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Pretriage COVID-19

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19. LA CUMBRE
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-08-24 08:23
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Pretriage COVID-19

Pretriage COVID-19

Cuestionario de síntomas respiratorios o nexo epidemiológico

¿Ha tenido fiebre?

No

¿Ha tenido problemas respiratorios (Incluyendo tos) en los últimos 14 días?

No

¿Ha tenido dolor muscular, sensación de cansancio o debilidad, dolor de garganta?

No

¿En su entorno cercano hay más de 2 casos con fiebre y/o antecedentes clínicos y síntomas respiratorios?

No

¿El paciente cree que tiene infección por COVID-19?

No

Pretriage COVID-19

¿Motivo de visita a la sede?	Tramite externo

Resultado

Clasificación	NO COVID
Direccionamiento	Recuerde al usuario que los tramites los puede realizar por la página de EPSSURA www.epssura.com la opción tramites a un click ya sean tramites de regional o IPS básica para no exponerlo y cuidarlo desde su casa.
Mensaje informativo	NO COVID

Telemedicina Interactiva - OTROS VÉRTIGOS PERIFÉRICOS

Profesional: OLGA ESPERANZA JARAMILLO SALAZAR **Fecha Inicio:** 02-07-2020 09:38 AM **Fecha Final:** 02-07-2020 09:38 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta telemedicina médico general

Profesional: OLGA ESPERANZA JARAMILLO SALAZAR **Fecha:** 02-07-2020 09:38 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta telemedicina médico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19. LA CUMBRE
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-07-02 09:24
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	

Raza	Grupo Poblacional

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Motivo de Consulta

Se llama paciente por motivos de salud pública (Estrategias de prevención Covid-19) por teleorientación. Se lee Consentimiento informado: Se accederá a un servicio de tele orientación en salud a través del cual se estudiarán de forma telefónica los síntomas que reporte, se establecerán recomendaciones y tratamiento a seguir, en la medida en que sea posible desde la llamada telefónica. En ningún caso este servicio reemplaza la atención médica presencial, y tiene las restricciones propias del medio, por lo cual es posible que tras el análisis se recomiende acudir a un servicio presencial,el paciente acepta: tengo vertigo

Enfermedad Actual

paciente con vertigo, ya valorado por el ORL le ordenò varios examenes, manifiesta que hoy esta una crisis de vertigo, se siente muy mareado, con cefalea, y nauseas, no se siente capaz de ir a trabajar

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez
Clasificación	Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa

Tipo atención Consulta telemedicina médico general

Notas de análisis y plan

paciente con vertigo en estudio, se da incapacidad por 3 dias

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

H813-OTROS VÉRTIGOS PERIFÉRICOS

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Interpretación

Concepto final Consulta realizada

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC

Identificación 30285294

Nombre completo OLGA ESPERANZA JARAMILLO SALAZAR

Registro médico 1707

Consulta No Programada - VÉRTIGO PAROXÍSTICO BENIGNO

Profesional: ALEXANDER MORALES LOPEZ **Fecha Inicio:** 19-06-2020 08:01 AM **Fecha Final:** 19-06-2020 08:01 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: ALEXANDER MORALES LOPEZ **Fecha:** 19-06-2020 08:01 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación CC

Identificación 75075796

Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19. LA CUMBRE
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-06-19 07:49
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

"me dio mareo "

Enfermedad Actual

Paciente con cuadro clinico de 02 días con sensación de mareo y nausea y emesis. ya tiene valoración por otottinolaringologia y estudios de extensión. niega medicación actual.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Clasificación Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	90 kg	**Talla**	168 cm
IMC	31.89	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	78 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Saturación de oxígeno sin oxígeno
36.5 °C	Axilar	98 %

Estado general del paciente

alerta

Cabeza y Cuello

Paciente hemodinamica mente estable, mucosa oral humeda, orofaringe sin alteraciones.

Tórax

Ruidos cardiacos ritmicos, sin soplos sin desdoblamiento sin sobreagrados cardiacos. Pulmonar murmullo vesicular adecuado , no signos de dificultad respiratoria.

Gastrointestinal

Abdomen blando, peristaltismo aumentado, sin signos de irritacion peritoneal. leve dolor en el marco cólico.

Neurologicos

prueba de bradt daroff NEGATIVO

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta no programada

Notas de análisis y plan

se inica dimenhidrnato tabletas 50 mg cada noche

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

H811-VÉRTIGO PAROXÍSTICO BENIGNO

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Recomendaciones

PACIENTE IDENTIFICADO CON EL DOCUMENTO CC 75075796 Alarcon Jaramillo, Juan Carlos ASISTIO A CONSULTA MEDICA PRIORIZADA HORA DE SALIDA 08+00 AM.

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75068296
Nombre completo	ALEXANDER MORALES LOPEZ	**Registro médico**	95-551-06

Telemedicina Interactiva - SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

Profesional: DANIELA PINILLA BALLEN **Fecha Inicio:** 06-06-2020 01:45 PM **Fecha Final:** 06-06-2020 01:45 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta telemedicina médico general

Profesional: DANIELA PINILLA BALLEN **Fecha:** 06-06-2020 01:45 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta telemedicina médico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO

Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19. LA CUMBRE
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-06-05 14:43
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Motivo de Consulta

Consentimiento informado Se accederá a un servicio de tele orientación en salud a través del cual se estudiarán de forma telefónica los síntomas que reporte, se establecerán recomendaciones y tratamiento a seguir, en la medida en que sea posible desde la llamada telefónica. En ningún caso este servicio reemplaza la atención médica presencial, y tiene las restricciones propias del medio, por lo cual es posible que tras el análisis se recomiende acudir a un servicio presencial.PACIENTE ACEPTA

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 45 AÑOS ATENDIDO MODULO TELEMEDICINA CONSULTA POR ANTECEDENTE DE SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO INDICA ESTABA EN SEGUIMIENTO POR FISIATRIA QUIRN ORDENO 10 SESIONES DE TERAPIA FÍSICA, LAS COMPLETO PERO INDICA CA NO MEJORÍA SIGUE CON DOLOR POR LO CUAL CONSULTA NIEGA OTROS

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Clasificación Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta telemedicina médico general

Notas de análisis y plan

PACIENTE DE 45 AÑOS ATENDIDO MODULO TELEMEDICINA CONSULTA POR ANTECEDENTE DE SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO INDICA ESTABA EN SEGUIMIENTO POR FISIATRIA QUIRN ORDENO 10 SESIONES DE TERAPIA FÍSICA, LAD COMPLEYO PERO INDICA CA NO MEJORÍA SIGUE CON DOLOR POR LO CUAL CONSULTA NIEGA OTRO.CONSIDERO REQUIERE CONTROL POR FISIATRIA GÉNERO ORDEN Y ENVÍO A EMAIL DE PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

G560-SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Interpretación

Concepto final	Consulta realizada

Recomendaciones

Durante 3 meses se recomienda: Mueva sus muñecas y manos varias veces al día evitando movimientos repetitivos Mantenga sus manos y muñecas en posiciones cómodas evitando posiciones forzadas o dolorosas, así como agarres constates. No manipule herramientas que generen vibración o requieran de la aplicación de golpe para su funcionamiento. Puede levantar y transportar cargas inferiores a 3 Kg con la mano afectada o 6 kg de manera bimanual. Realice ejercicios de estiramiento y relajación muscular al levantarse y cada 2 horas por 5 minutos durante el día. Adopte hábitos saludables como complemento a su proceso de rehabilitación que incluya alimentación saludable y actividad física como caminar, nadar y rutinas de relajación. Mantenga su peso en límites normales. Estas recomendaciones son de carácter funcional para su vida personal. Informe de estas a su empleador para que, por medio del médico ocupacional de la empresa, se defina la necesidad de realizar ajustes a las tareas o al cargo.

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1032466800
Nombre completo	DANIELA PINILLA BALLEN	**Registro médico**	1032466800

Telemedicina Interactiva - OTROS VÉRTIGOS PERIFÉRICOS

Profesional: OLGA ESPERANZA JARAMILLO SALAZAR **Fecha Inicio:** 04-06-2020 09:13 AM **Fecha Final:** 04-06-2020 09:13 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta telemedicina médico general

Profesional: OLGA ESPERANZA JARAMILLO SALAZAR **Fecha:** 04-06-2020 09:13 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta telemedicina médico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19. LA CUMBRE
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-06-04 08:27
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Motivo de Consulta

Se llama paciente por motivos de salud pública (Estrategias de prevención Covid-19) por teleorientación. Se lee Consentimiento informado: Se accederá a un servicio de tele orientación en salud a través del cual se estudiarán de forma telefónica los síntomas que reporte, se establecerán recomendaciones y tratamiento a seguir, en la medida en que sea posible desde la llamada telefónica. En ningún caso este servicio reemplaza la atención médica presencial, y tiene las restricciones propias del medio, por lo cual es posible que tras el análisis se recomiende acudir a un servicio presencial, el paciente acepta: sigo con vertigo

Enfermedad Actual

paciente de 45 años con vertigo de un mes de evolucion,asociado a cefalea y nauseas, niega tinnitus o hipoacusia,ha consulta en 2 ocasiones, manejado con dimenhidrinato y betahistina sin mejoria,no tiene otros sintomas como fiebre, tos , disnea, odinofagia, cambios en el gusto o el olfato

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez
Clasificación	Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19?	No

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta telemedicina médico general

Notas de análisis y plan

paciente con vertigo periferico que no ha mejorado con el manejo medico, se solicita valoracion por ORL

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

H813-OTROS VÉRTIGOS PERIFÉRICOS

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Interpretación

Concepto final Consulta realizada

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30285294
Nombre completo	OLGA ESPERANZA JARAMILLO SALAZAR	**Registro médico**	1707

Telemedicina Interactiva - OTROS VÉRTIGOS PERIFÉRICOS

Profesional: OLGA ESPERANZA JARAMILLO SALAZAR **Fecha Inicio:** 21-05-2020 03:57 PM **Fecha Final:** 21-05-2020 03:57 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta telemedicina médico general

Profesional: OLGA ESPERANZA JARAMILLO SALAZAR **Fecha:** 21-05-2020 03:57 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta telemedicina médico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19. LA CUMBRE
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-05-21 15:37
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Motivo de Consulta

Se llama paciente por motivos de salud pública (Estrategias de prevención Covid-19) por teleorientación. Se lee Consentimiento informado: Se accederá a un servicio de tele orientación en salud a través del cual se estudiarán de forma telefónica los síntomas que reporte, se establecerán recomendaciones y tratamiento a seguir, en la medida en que sea posible desde la llamada telefónica. En ningún caso este servicio reemplaza la atención médica presencial, y tiene las restricciones propias del medio, por lo cual es posible que tras el análisis se recomiende acudir a un servicio presencial,el paciente acepta la modalidad de consulta: tengo mareo

Enfermedad Actual

paciente que tuvo una cita por urgencias y otra prioritaria por vertigo , cefalea y nauseas, le realizaron EKG y glucometria reportada normal, le formularn dimenhidrinato y naproxen sin mejoria y recomendaron solicitar cita oir consulta externa

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez
Clasificación	Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa

Tipo atención Telemedicina Interactiva - Médico General

Notas de análisis y plan

paciente con cuadro de vertigo, recomiendo. comprar betahistina por 16mg , continuar naproxen y doy 2 dias de incapacidad

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

H813-OTROS VÉRTIGOS PERIFÉRICOS

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Interpretación

Concepto final Consulta realizada

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	30285294
Nombre completo	OLGA ESPERANZA JARAMILLO SALAZAR	**Registro médico**	1707

Consulta No Programada - OTROS VÉRTIGOS PERIFÉRICOS

Profesional: JUAN SEBASTIAN MALAVER ESTRADA **Fecha Inicio:** 20-05-2020 11:44 AM **Fecha Final:** 20-05-2020 11:44 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: JUAN SEBASTIAN MALAVER ESTRADA **Fecha:** 20-05-2020 11:44 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19. LA CUMBRE
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-05-20 10:52
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	catalina.rodriguez@mabe.com.co
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133

Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

MAREO

Enfermedad Actual

NIEGA VIAJE EN EL ULTIMO MES NIEGA CONTACTO ESTRECHO CON PACIENTE CON DX O SOSPECHA DE COVID 19 SE REALIZA CONSULTA CON ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD. * PACIENTE QUE ASISTE POR CUADRO DE 1 DÍA DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ALUCINACIÓN DE MOVIMIENTO ROTACIONAL INTERMITENTE SE DESENCADENA CON MOVIMIENTOS DE CABEZA MEJORA ESPONTÁNEAMENTE NAUSEAS NO EMESIS TINITUS CEFALEA OCCIPITAL SE IRRADIA A CERVICAL NIEGA TRAUMA HIPOACUIA DOLOR TORÁCICO PALPITACIONES U OTRA SINTOMATOLOGIA POR LO QUE ASISTE A URGENCIAS DONDE TOMAR ELECTROCARDIOGRAMA NORMAL Y DIFIEREN A CONSULTA PRIORITARIA AUTO-MEDICA DIMENHINDINATO ACETAMINOFEN.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Clasificación Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	91 kg	**Talla**	168 cm
IMC	32.24	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	76 lpm	**Frecuencia respiratoria**	15 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura
36.4 °C	Axilar

Estado general del paciente

PACIENTE CONSIENTE ORIENTADO HIDRATADO A FEBRIL SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DECUBITO INDIFERENTE ACTIVO SIN ALTERACION EN LA MARCHA

Cabeza y Cuello

NORMOCÉFALO PUPILAS ISOCORICAS NORMO REACTIVAS NISTAGMUS NEGATIVO, ORL MUCOSAS HIDRATADAS CONDUCTOS AUDITIVOS EXTERNO PERMEABLES, MEMBRANA TIMPÁNICA DE COLOR NÁCAR CON PRESENCIA DE CONO LUMINOSO OROFARINGE SANA CUELLO CENTRADO SIN MASAS NI INGURGITACIÓN YUGULAR

Tórax

TÓRAX SIMÉTRICO SIN RETRACCIONES, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBRE AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SINCRÓNICOS CON EL PULSO, SIN SOPLOS

Gastrointestinal

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN MASAS O MENGALIAS NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN NI SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL PERISTALTISMO PRESENTE, PUÑO PERCUSIÓN RENAL NEGATIVA

Osteomuscular

EXTREMIDADES SIMÉTRICAS BIEN PERFUNDIDAS SIN EDEMAS ADECUADO TONO MUSCULAR

Neurologicos

NEUROLÓGICO SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN O DÉFICIT, NO MENÍNGEOS RUMBER NEGATIVO.

Análisis y plan

Formato COVID-19

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta no programada

Notas de análisis y plan

PACIENTE DE 45 AÑOS QUE ASISTE POR CUADRO DE VERTIGO PERIFERICO ACTUALMENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIN ALTERACION NEUROLOGICA SIN INESTABILIDAD POSTURAL GLUCOMETRIA 112 SE DA TTO AMBUALTORIO SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR CONTROL CON MEDICO DE FAMILIA

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

H813-OTROS VÉRTIGOS PERIFÉRICOS

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Recomendaciones

Ante una crisis de vértigo hay que descansar en una postura cómoda y evitar los cambios repentinos de posición. Para prevenir las caídas siéntese en el borde de la cama durante varios minutos por la mañana antes de levantarse; evite cambios bruscos de posición; evite caminar en sitios oscuros o con poca iluminación. Tome los medicamentos recetados según la indicación dada por el médico. Aprenda y practique ejercicios para mejorar el equilibrio. Evite usar zapatos de tacón, procure usar zapatos cómodos u otros zapatos flexibles. Siempre use los pasamanos al subir y bajar escaleras. Retire los peligros del hogar, como alfombras, cables sueltos, taburetes u otros muebles pequeños que puedan hacer tropezar a las personas.

Consulte por urgencias si experimenta mareos o vértigos nuevos e intensos junto con cualquiera de los siguientes síntomas: dolor de cabeza fuerte y repentino, dolor de pecho, dificultad para respirar, adormecimiento o parálisis de brazos o piernas, desmayo, visión doble, palpitaciones o pulso irregular, confusión o dificultad para hablar, mayor dificultad para caminar, vómitos abundantes, convulsiones, cambio repentino en la audición, adormecimiento o debilidad de los músculos de la cara.

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1088257292
Nombre completo	JUAN SEBASTIAN MALAVER ESTRADA	**Registro médico**	1088257292

Control medico general - GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA

Profesional: DANIELA PINILLA BALLEN **Fecha Inicio:** 21-02-2020 01:56 PM **Fecha Final:** 21-02-2020 01:56 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: DANIELA PINILLA BALLEN **Fecha:** 21-02-2020 01:56 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19. LA CUMBRE
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-02-21 12:36
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	catalina.rodriguez@mabe.com.co
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez
Clasificación	Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	170 cm

Análisis y plan

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Revisión médico general

Notas de análisis y plan

ASISTE CON REPORTE DE AFINAMIENTO ENVIADO EN CONSULTA ANTERIOR 124/90, 122/80, 110/80, 120/80, 108/70, 120/60, 110/80, 106/80, 120/70, 102/80, REFIERE ADEMÁS ANTECEDENTE DE ARTROSCOPIA EN 2017 LIBERACION DE RETINACULO LATERAL DE LA RODILLA IQUIERDA, REFIERE DOLOR CRÓNICO POSTERIOR A ESTO, POSTERIOR A ESTO NO HA TENIDO SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD. ESTÁ EN PLAN DE PÉRDIDA DE PESO, EF LIMITACION PARA LA MOVILIDAD DE RODILLA IZQUIERDA POR DLOR, CLICK PATELOFEMORSL ASOCIADO, REMITO A CONTROL POR ORTOPEDIA .

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M179-GONARTROSIS, NO ESPECIFICADA

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1032466800
Nombre completo	DANIELA PINILLA BALLEN	**Registro médico**	1032466800

Control medico general - LECTURA ELEVADA DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA, SIN DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN

Profesional: DANIELA PINILLA BALLEN **Fecha Inicio:** 10-02-2020 10:48 AM **Fecha Final:** 10-02-2020 10:48 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: DANIELA PINILLA BALLEN **Fecha:** 10-02-2020 10:48 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19. LA CUMBRE
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-02-10 10:00
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	catalina.rodriguez@mabe.com.co
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez
Clasificación	Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	170 cm

Análisis y plan

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Revisión médico general

Notas de análisis y plan

PACIENTE DE 45 AÑOS ASISTE REFIRIENDO QUE EL FIN DE SEMANA ANTERIOR, TUVO CUADRO DE EDEMA EN CARA Y SENSACIÓN DE PARÁLISIS FACIAL, SEGUN REFIERE FUE A URGENCIAS TOMARON EKG EL CUAL ESTUVO NORMAL Y EVIDENCIARON CIFRAS TENSIONALES ALTAS NO APORTA HC, EN EL MOMENTO ASINTOMATICO. AL EF EVIDENCIA DE CIFRAS TENSIONALES FUERA DE METAS TA 140/90 BD BI 130/90, CONSIDERO AFINAMIENTO DE TA, CONTROO CON RESULTADOS. EPXLICO REFUERZO SIGNOS DE ALARMA ENTIENDE Y ACEPTA

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

R030-LECTURA ELEVADA DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA, SIN DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1032466800
Nombre completo	DANIELA PINILLA BALLEN	**Registro médico**	1032466800

Consulta Médico Centinela - SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

Profesional: MARIA EUGENIA HERNANDEZ DUQUE **Fecha Inicio:** 04-02-2020 06:02 PM **Fecha Final:** 04-02-2020 06:02 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Médico Centinela

Profesional: MARIA EUGENIA HERNANDEZ DUQUE **Fecha:** 04-02-2020 06:02 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico Centinela

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19. LA CUMBRE
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-02-04 17:30
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	catalina.rodriguez@mabe.com.co
Teléfono fijo	8754184	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	CLAUDIA CARDONA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

MEDICINA LABORAL "EL FISIATRA ME ENVIO"

Enfermedad Actual

CUADRO CLINICO DE 4 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR A NIVEL DE MANO DERECHA (DOMINANTE) ASOCIADO PARESTESIAS Y DISMINUCION DE LA FUERZA, CONSULTO A FISIATRIA DE DONDE REMITEN. MANEJO CON TERAPIA FISICA 10/20. 14-01-2020: FISIATRIA: CONTROL TENDINITIS DE LOS FLEXOEXTENSORES DE LA MUÑECA. REFIERE MEJORIA CON LA TERAPIA. USA FERULA NOCTURNA. EF: DOLOR AL PALPAR Y ESTIRAR FLEXOEXTENSORES DE LAS MUÑECAS. TINEL Y PHALEN NEGATIVOS. DX: SINDROME DE TUNEL CARPIANO. TENDINITIS DE LOS FLEXOEXTENSORES DE MUÑECA EN RESOLUCION. PLAN: TERAPIA FISICA. VALORACION PRO MEDICINA LABORAL. ALTA POR FISIATRIA. PARACLINICOS: 08-10-2019: EMG Y VC: SINDROME DEL TUNEL DEL CARPO LEVE EN MANO DERECHA. LABORA EN MABE DESDE HACE 24 AÑOS. CARGO: OPERADOR BONDERIZADOS. FUNCIONES: TITULACIONES QUIMICAS CON PIPETAS. MANEJA HERRAMIENTAS HIDRÁULICAS. INFORMA QUE EN CARGOS PREVIOS REALIZABA DIGITACION FRECUENTE Y VIBRACION. JORNADA LABORAL DE 8 HORAS, 6 DIAS A LA SEMANA, EN OCASIONES LA JORNADA SE EXTIENDE HASTA LAS 12 HORAS. PASATIEMPO: CANTO. LABORES DOMESTICAS OCASIONALES. NO MANUALIDADES.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez
Clasificación	Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	85 kg	**Talla**	170 cm
IMC	29.41	**Clasificación**	Sobrepeso

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	70 lpm	**Frecuencia respiratoria**	16 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Estado general del paciente

INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, MARCHA INDEPENDIENTE.

Osteomuscular

DOLOR A LA PALPACION DE MUSCULOS INTERDIGITALES. DOLOR A LA FLEXION Y EXTENSION DE MUÑECA.

Neurológico

TINEL Y PHALEN POSITIVOS. FUERZA 5/5.

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta médico centinela

Notas de análisis y plan

PACIENTE DE 45 AÑOS, CON TENDINITIS DE FLEXOEXTENSORES DE MANO DERECHA Y SINDROME DE TUNEL CARPIANO, CON FACTORES DE RIESGO INTRALABORALES PARA DESARROLLAR LA PATOLOGIA, SE REALIZA PONENCIA PARA ESTUDIO DE ORIGEN.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

G560-SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Nota diagnóstico

DERECHA

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1053767382
Nombre completo	MARIA EUGENIA HERNANDEZ DUQUE	**Registro médico**	1053767382

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - EDEMA ANGIONEURÓTICO

Profesional: LUZ HELENA DIAZ CADAVID **Fecha Inicio:** 04-02-2020 01:27 PM **Fecha Final:** 04-02-2020 01:27 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: LUZ HELENA DIAZ CADAVID **Fecha:** 04-02-2020 01:27 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-02-04 12:40
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	catalina.rodriguez@mabe.com.co
Teléfono fijo	3113237133	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	ESPOSA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

Edema en la cara

Enfermedad Actual

Presenta cuadro de 8 dias de evolución de entumecimiento y edema de la cara lado izquierdo de aparicion y desaparicion subita , igualmente prurito , y enrojecimiento de los ojos

Revisión por sistemas

no refiere

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo? No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Clasificación Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas? No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	89 kg	**Talla**	170 cm
IMC	30.80	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	84 lpm	**Frecuencia respiratoria**	16 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Clasificación de la temperatura
36 °C	Anormal

Estado general del paciente

Buenas condiciones generales, afebril, hidratado, sin signos de dificultad respiratoria Orl: orofaringe normal, otoscopia normal, rinoscopia normal Cp: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos MV de adecuada intensidad no sobre agregados Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no hay signos de irritación peritoneal, peristaltismo presente Neurologico sin deficit

Cabeza y Cuello

Disminución de agudeza visual lejanana . conjuntivas hiperemicas , pterigion nasal derecho , corneas claras, cristalinos transparentes, pupilas isocóricas normoreactivas

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta médico general

Notas de análisis y plan

Paciente con posible edema angioneurotico se le envia antialergico y corticoide - con miopia y astigmatismo se envia a optometra

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

T783-EDEMA ANGIONEURÓTICO

Tipo de diagnóstico

Confirmado nuevo

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	25055225
Nombre completo	LUZ HELENA DIAZ CADAVID	**Registro médico**	487

Consulta No Programada - OTRAS SINUSITIS AGUDAS

Profesional: ORLANDO DUQUE OSORIO **Fecha Inicio:** 29-01-2020 02:04 PM **Fecha Final:** 29-01-2020 02:04 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: ORLANDO DUQUE OSORIO **Fecha:** 29-01-2020 02:04 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2020-01-29 13:45
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	catalina.rodriguez@mabe.com.co
Teléfono fijo	3113237133	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	ESPOSA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

" varias cosas"

Enfermedad Actual

Paciente de 45 años , refiere cuadro clínico de 3 días de evolución donde refiere edema en labio superior derecho de perdominio en labio superior lado izquierdo , comenta concomitante hasta el dia de ayer con parestesias en labio afectado y labio inferior izquierdo , hasta el dia de hoy refiere concomitante con edema en parte de hemicara izquierda , niega cefalea , niega disnea , niega dolor precordial , niega perdida d ela fuerza . consulto a Clincia de la Presmetacion el dia de hoy hacen triage toman EKG y segun reporte de el fromaro de triage " singos vitales normales valorado medico de turno se toma EKG fc : 73 se deriva a IPS " . concomitante refiere sensacion de " vertigo " que se exacerba con cambios posturales esto hace 1 dia . concomitante con tinnitus leve ocaisonal . Niega despalzamientos . concomitante con prruito faringeo tos no prodcutiva y dolor en senos paransales .

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez
Clasificación	Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	89 kg	**Talla**	170 cm
IMC	30.80	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	78 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Saturación de oxígeno sin oxígeno
36.0 °C	Axilar	98 %

Estado general del paciente

Paciente consciente, alerta, hidratado

Cabeza y Cuello

Pupilas isocoricas normoreactivas. Fondo de ojo bilateral sin alteraciones . Orofaringe con eritema sin exudados ,. , cuello móvil, sin adenopatías.Otosocpia bilateral sin alteraciones . hay leve edema en labio inferior sin otros hallazgos . Puntos de vallex psoitivioos.

Tórax

Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, campos pulmonares bien ventilados sin ruidos sobreagregados.

Gastrointestinal

Abdomen blando depresible, no masas no megalias, no hay signos de irritación peritoneal, peristaltismo sin alteraciones.

Osteomuscular

Hay palapcion de comntracturra musuclar en region de hom,bro izuierdo . Extremidades inferiores y superiores simétricas, fuerza conservada, ROT sin alteraciones. Pulsos conservados sin alteraciones. Neurovascular distal sin alteraciones.

Neurologicos

Romberg positivo . sin otros hallazgos patologicos .

Análisis y plan

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta no programada

Notas de análisis y plan

Paciente con cuadro clínico descrito , cuadro que impresiona un vertigo periférico sin signos de alarma ,concomitante con una infección respiratoria superior ya descrita sin singos de aalrma envio medicacion , recomednaciones y control medico . Amerita incaapcidad por 2 dias desde hoy . se dan singos de aalrma , se indcia control emdico . refiere entende r.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

J018-OTRAS SINUSITIS AGUDAS

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	16075129
Nombre completo	ORLANDO DUQUE OSORIO	**Registro médico**	16075129

Revisión de Exámenes Medicos - HIPERLIPIDEMIA MIXTA

Profesional: DANIELA PINILLA BALLEN **Fecha Inicio:** 16-12-2019 07:55 AM **Fecha Final:** 16-12-2019 07:55 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Revisión de Exámenes Medicos

Profesional: DANIELA PINILLA BALLEN **Fecha:** 16-12-2019 07:55 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Revisión de Exámenes Medicos

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2019-12-16 07:55
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	catalina.rodriguez@mabe.com.co
Teléfono fijo	3113237133	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Atención Inicial

Tipo Atención: Consulta Médico General **Fecha:** 06-12-2019
Doctor: DANIELA PINILLA BALLEN
Diagnóstico Principal: 57406009 - s¿ndrome del t¿nel carpiano
Análisis & Plan:
PACIENTE DE 45 AÑOS ASISTE POR MÚLTIPLES MOTIVOS DE CONSULTA 1. ANT DE SAFENECTOMÍA HACE UN AÑO REFIERE QUE LE DA MUCHO EDEMA EN ESA PIERNA LO ENVIARON A MEDICINA VASCULAR NUNCA PIDIÓ LA CITA Y DEJO VENCER LA ORDEN 2. REFIERE DOLOR EN MANO DERECHA CRÓNICO ESTABA SIENDO VISTO POR FISIATRÍA TIENE ELECTROMIOGRAFÍA DE OCT QUE REPORTA SINDROME DE TUNEL CARPIANO TIENE CITA CONTROL CON FISIATRIA EL 14 DE ENERO DE 2020, 3. REFIERE ADEMÁS LIPOTIMIAS Y CEFALEAS NIEGA OTROS, ANT DE DISLIPIDEMIA. NIEGA OTROS AL EXAMEN FISICO LO DESCRITO, QUEDAMOS ATENTOS A CONDUCTA TOMADA POR FISIATRIA EN CITA E INDICO DEBE COMENTAR SINTOMATOLOGÍA DE MIEMBROS INFERIORES , NO REQUIERE VALORACIÓN POR CX VASCULAR, SOLICITO PARACLÍNICOS DE CONTROL POR DISLIPIDEMIA Y SINTOMAS CONTROL CON RESULTADOS ENTIENDE Y ACEPTA.

Nota de seguimiento:

Resultados de Exámenes

902209 - HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO

Fecha Solicitud: 06/12/2019 **Fecha Realización:** 14/12/2019 **Fecha Entrega Resultados:** 14/12/2019

Prueba	Resultado	Info Adicional
HEMOGRAMA		
Recuento de Leucocitos	6.1 x10e3/uL	4.5 - - 10.0 x10e3/uL - x10e3/uL
% Neutrofilos	60.6 %	50.0 - - 65.0 % - %
% Linfocitos	27.6 %	27.0 - - 40.0 % - %
% Monocitos	8.9 %	3.0 - - 12.0 % - %
% Eosinofilos	2.0 %	0.00 - - 7.30 % - %
% Basofilos	0.9 %	0.00 - - 1.70 % - %
% ALY	1.2 %	0.00 - - 2.5 % - %
% LIC	0.7 %	0.00 - - 3.0 % - %
# Neutrofilos	3.72 x10e3/uL	2.00 - - 7.5 x10e3/uL - x10e3/uL
# Linfocitos	1.69 x10e3/uL	1.00 - - 4.00 x10e3/uL - x10e3/uL
# Monocitos	0.55 x10e3/uL	0.20 - - 1.00 x10e3/uL - x10e3/uL
# Eosinofilos	0.12 x10e3/uL	0.00 - - 0.50 x10e3/uL - x10e3/uL
# Basofilos	0.06 x10e3/uL	0.00 - - 0.20 x10e3/uL - x10e3/uL
# ALY	0.07 x10e3/uL	0.00 - - 0.25 x10e3/uL - x10e3/uL
# LIC	0.04 x10e3/uL	0.00 - - 0.30 x10e3/uL - x10e3/uL
Recuento de Eritrocitos	5.32 x10e3/uL	4.20 - - 6.10 x10e3/uL - x10e3/uL
Hemoglobina	17.1 g/dL	12.0 - - 17.5 g/dL - g/dL
Hematocrito	49.5 %	37.0 - - 52.5 % - %
Volumen Corpuscular Medio	93 fL	80.0 - - 100.0 fL - fL
HB Corspuscular Media	32.2 pg	27.0 - - 32.0 pg - pg
Concentraci¿n HB Corpucular Media	34.6 g/dL	32.0 - - 36.0 g/dL - g/dL
IDE cv	13.0 %	11.0 - - 16.0 % - %
IDE sd	43 um3	39.0 - - 52.0 um3 - um3
Recuento de Plaquetas	208 x10e3/uL	150 - - 450 x10e3/uL - x10e3/uL
Volumen Plaquetario Medio	8.8 fL	6.0 - - 11.0 fL - fL
PCT	0.183 %	0.15 - - 0.50 % - %
IDP	16.0 %	11.0 - - 18.0 % - %

903815 - COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]

Fecha Solicitud: 06/12/2019 **Fecha Realización:** 14/12/2019 **Fecha Entrega Resultados:** 14/12/2019

Prueba	Resultado	Info Adicional
Colesterol de Alta Densidad - HDL	32.1 mg/dl	
Hombres / Mujeres		
Pronostico Favorable : H > 55 M > 65 mg/dl		
Riesgo Promedio : H 35-55 M 45-65 mg/dl		
Riesgo Aumentado : H < 35 M < 45 mg/dl		

903818 - COLESTEROL TOTAL

Fecha Solicitud: 06/12/2019 **Fecha Realización:** 14/12/2019 **Fecha Entrega Resultados:** 14/12/2019

Prueba	Resultado	Info Adicional
Colesterol Total	209 mg/dl	
Sin Riesgo : Hasta 220 mg/dl		
Moderado : 220 - 260 mg/dl		
Requiere Tratamiento: > 260 mg/dl		

903841 - GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Fecha Solicitud: 06/12/2019 **Fecha Realización:** 14/12/2019 **Fecha Entrega Resultados:** 14/12/2019

Prueba	Resultado	Info Adicional
Glucosa	100 mg/dl	70 - 105 - mg/dl

903868 - TRIGLICERIDOS

Fecha Solicitud: 06/12/2019 **Fecha Realización:** 14/12/2019 **Fecha Entrega Resultados:** 14/12/2019

Prueba	Resultado	Info Adicional
Triglic¿ridos	230 mg/dl	
Sin Riesgo : < 170		
Sospechoso : 170 - 220		
Requiere Tratamiento : > 220		
Observaciones	ASPECTO DEL SUERO NORMAL	

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Revisión de exámenes

Notas de análisis y plan

PACIENTE CON DISLIPIDEMIA MIXTA ADEMAS SINTOMATICO, INICIO ESTATINA, REMITO A NUTRICION Y PROGRAMA DE DISLIPIDEMIA, DEJO EN PLANILLA DE GESTION DE ENFERMERIA PARA INFORME Y SEGUIMIENTO

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

E782-HIPERLIPIDEMIA MIXTA

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Recomendaciones

Evite el consumo de alimentos fritos (como la carne frita, tajadas fritas, empanadas), embutidos o con alto contenido de grasas. Prefiera la leche descremada. Aumente el consumo de frutas y verduras en su alimentación diaria. Asista a todos los controles con su médico. Si fuma suspenda el hábito de inmediato y evite exponerse al humo de cigarrillo. No consuma bebidas alcohólicas. Trate de hacer actividad física de 3 a 7 veces por semana (puede caminar, trotar, bailar, nadar y montar en bicicleta) mínimo 30 minutos al día En su rutina diaria puede usar las escaleras en vez del ascensor, caminar para ir al trabajo o montar en bicicleta.

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1032466800
Nombre completo	DANIELA PINILLA BALLEN	**Registro médico**	1032466800

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

Profesional: DANIELA PINILLA BALLEN **Fecha Inicio:** 06-12-2019 07:19 AM **Fecha Final:** 06-12-2019 07:19 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: DANIELA PINILLA BALLEN **Fecha:** 06-12-2019 07:19 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2019-12-06 07:00
Edad en la atención	45 años(Adultez)	**Correo electrónico**	catalina.rodriguez@mabe.com.co
Teléfono fijo	3113237133	**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza		**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	ESPOSA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante	No

Motivo de Consulta

´´ VARIAS COSITAS ´´

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 45 AÑOS ASISTE POR MÚLTIPLES MOTIVOS DE CONSULTA 1. ANT DE SAFENECTOMÍA HACE UN AÑO REFIERE QUE LE DA MUCHO EDEMA EN ESA PIERNA LO ENVIARON A MEDICINA VASCULAR NUNCA PIDIÓ LA CITA Y DEJO VENCER LA ORDEN 2. REFIERE DOLOR EN MANO DERECHA CRÓNICO ESTABA SIENDO VISTO POR FISIATRÍA TIENE ELECTROMIOGRAFÍA

DE OCT QUE REPORTA SINDROME DE TUNEL CARPIANO TIENE CITA CONTROL CON FISIATRIA EN ENERO DE 2020, 3. REFIERE ADEMÁS LIPOTIMIAS Y CEFALEAS NIEGA OTROS, ANT DE DISLIPIDEMIA.

Revisión por sistemas

NIEGA SINTOMAS URINARIOS, RELATA DEPOSICIÓN CADA DIA, NO ALTERACIONES EN PATRÓN DE SUEÑO, ACEPTA Y TOLERA LA VÍA ORAL, NO HA PRESENTADO FIEBRE NI ESCALOFRÍO, NIEGA EPIGASTRALGIA.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Hábitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida?

No

¿Ha fumado en los últimos 6 meses?

No

Clasificación	No fuma

Exposición al tabaco

¿Fumador Pasivo?	No

Consumo alcohol

Frecuencia consumo de licor	Ha tomado alguna vez
Clasificación	Faltan Criterios

Sustancias psicoactivas

¿Consume Sustancias Psicoactivas?	No

Habitos actividad fisica

Realiza actividad física	No

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	89 kg	**Talla**	170 cm
IMC	30.80	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	70 lpm	**Frecuencia respiratoria**	20 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Estado general del paciente

BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL

Cabeza y Cuello

CABEZA: NORMOCEFALO, NO ENCUENTRO LESIONES, CABELLO NORMOIMPLANTADO OTOSCOPIA DERECHA CON CONDUCTO AUDITIVO PERMEABLE, SIN SECRECIONES, TIMPANO INDEMNE, ESCASA CANTIDAD DE CERUMEN, NO LESIONES EN PABELLON AURICULAR OTOSCOPIA IZQUIERDA CON CONDUCTO PERMEABLE, NO LESIONES EN PABELLON AURICULAR, SIN SECRECIONES, TIMPANO INDEMNE, MODERADA CANTIDAD DE CERUMEN. RINOSCOPIA SIN ALTERACIONES, MUCOSA ORAL SANA, MUCOSAS HIDRATADAS CUELLO: MOVIL, SIN LIMITACIONES PARA LOS MOVIMIENTOS ACTIVOS, NO ADENOPATIAS, TIROIDES PALPABLE NO DOLOROSA, NO AUMENTADA DE TAMAÑO

Tórax

TÓRAX MÓVIL CON LA RESPIRACIÓN, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS A LA AUSCULTACIÓN, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE, SIN AGREGADOS EN EL MOMENTO, NO DOLOR A LA PALPACION DE MUSCULOS INTERCOSTALES.

Gastrointestinal

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NO MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. PERISTALTISMO PRESENTE Y AUSCULTABLE. PÍEL DE ABDOMEN INDEMNE

Genitourinario

NO SE EVALUA

Osteomuscular

MOVILES, ADECUADO TROFISMO MUSCULAR PARA LA EDAD, MOVIMIENTOS PASIVOS Y ACTIVOS PRESENTES, SIGNO DE LASSEGUE NEGATIVO BILATERAL, PERFUSIÓN DISTAL CONSERVADA, LLENADO CAPILAR PRESENTE, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS PRESENTES Y DE BUENA AMPLITUD, EN LA PIERNA DERECHA NO HAY LESIONES NO HAY SIGNOS DE ALTERACIÓN OSEA O MUSCULAR.

Neurológico

PACIENTE ALERTA, SIN DÉFICIT MOTOR, GLASGOW 15/15, NO FOCALIZACIONES NERVIOSAS, NO SIGNOS MENÍNGEOS EN EL MOMENTO

Vascular periférico

NO HAY SIGNOS DE INSUFICIENCIA VENOSA NO HAY SIGNOS DE TVP

Piel y anexos

SIN LESIONES

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta médico general

Notas de análisis y plan

PACIENTE DE 45 AÑOS ASISTE POR MÚLTIPLES MOTIVOS DE CONSULTA 1. ANT DE SAFENECTOMÍA HACE UN AÑO REFIERE QUE LE DA MUCHO EDEMA EN ESA PIERNA LO ENVIARON A MEDICINA VASCULAR NUNCA PIDIÓ LA CITA Y DEJO VENCER LA ORDEN 2. REFIERE DOLOR EN MANO DERECHA CRÓNICO ESTABA SIENDO VISTO POR FISIATRÍA TIENE ELECTROMIOGRAFÍA DE OCT QUE REPORTA SINDROME DE TUNEL CARPIANO TIENE CITA CONTROL CON FISIATRIA EL 14 DE ENERO DE 2020, 3. REFIERE ADEMÁS LIPOTIMIAS Y CEFALEAS NIEGA OTROS, ANT DE DISLIPIDEMIA. NIEGA OTROS AL EXAMEN FISICO LO DESCRITO, QUEDAMOS ATENTOS A CONDUCTA TOMADA POR FISIATRIA EN CITA E INDICO DEBE COMENTAR SINTOMATOLOGÍA DE MIEMBROS INFERIORES , NO REQUIERE VALORACIÓN POR CX VASCULAR, SOLICITO PARACLÍNICOS DE CONTROL POR DISLIPIDEMIA Y SINTOMAS CONTROL CON RESULTADOS ENTIENDE Y ACEPTA.

Notas de expectativas y metas	SE REALIZA PSICOEDUCACIÓN AL PACIENTE PARA QUE IMPLEMENTE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES COMO: EJERCICO AEROBICO REGULAR DE MODERADA INTENSIDAD, DIETA FRACCIONADA BALANCEADA A HORARIOS, ADECUADA HIGIENE DE SUEÑO, EVITAR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, REMISION A VACUNACION PAI Y EXTRAPAI Y REALIZACION DE EXAMENES DE TAMIZAJE SEGÚN SU GRUPO ETAREO, E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS PARA PLANIFICACION FAMILIAR Y PREVENCION ETS. MANEJO DE ESTRÉS, PREVENCION DE ACCIDENTES, SE DAN CLAROS SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

G560-SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

Tipo de diagnóstico

Confirmado repetido

Nota diagnóstico

BILATERAL

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	1032466800
Nombre completo	DANIELA PINILLA BALLEN	**Registro médico**	1032466800

Revisión de Exámenes Medicos - OTROS EXÁMENES GENERALES

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 31-07-2019 05:19 PM **Fecha Final:** 31-07-2019 05:19 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Revisión de Exámenes Medicos

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 31-07-2019 05:19 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Revisión de Exámenes Medicos

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2019-07-31 17:19
Edad en la atención	44 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Atención Inicial

Tipo Atención: Consulta Médico General **Fecha:** 24-07-2019
Doctor: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
Diagnóstico Principal: Z008 - OTROS EXÁMENES GENERALES
Análisis & Plan:
SE SOCLITA EHMOGRAMA DE CONTROL Y EXTNDIDO DE SANGRE PERIFERIA

Nota de seguimiento:

Resultados de Exámenes

902206 - EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA, ESTUDIO DE MORFOLOGIA

Fecha Solicitud: 24/07/2019 **Fecha Realización:** 27/07/2019 **Fecha Entrega Resultados:** 27/07/2019

Prueba	Resultado	Info Adicional
EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA		
MORFOLOGIA DE GLOBULOS ROJOS	NORMOCITICA - NORMOCROMICA	
MORFOLOGIA DE GLOBULOS BLANCOS	NORMAL SECUENCIA DE MADURACION TANTO DE LA SERIE MIELOIDE	
	COMO MONONUCLEAR.	
PLAQUETAS	NORMALES EN FORMA, TAMA¿O Y DISTRIBUCION.	

902209 - HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO

Fecha Solicitud: 24/07/2019 **Fecha Realización:** 27/07/2019 **Fecha Entrega Resultados:** 27/07/2019

Prueba	Resultado	Info Adicional
HEMOGRAMA		
Recuento de Leucocitos	5.8 x10e3/uL	4.5 - - 10.0 x10e3/uL - x10e3/uL
% Neutrofilos	62.9 %	50.0 - - 65.0 % - %
% Linfocitos	27.9 %	27.0 - - 40.0 % - %
% Monocitos	6.6 %	3.0 - - 12.0 % - %

% Eosinofilos	2.2 %	0.00 - - 7.30 % - %
% Basofilos	0.4 %	0.00 - - 1.70 % - %
% ALY	0.8 %	0.00 - - 2.5 % - %
% LIC	0.5 %	0.00 - - 3.0 % - %
# Neutrofilos	3.68 x10e3/uL	2.00 - - 7.5 x10e3/uL - x10e3/uL
# Linfocitos	1.63 x10e3/uL	1.00 - - 4.00 x10e3/uL - x10e3/uL
# Monocitos	0.39 x10e3/uL	0.20 - - 1.00 x10e3/uL - x10e3/uL
# Eosinofilos	0.13 x10e3/uL	0.00 - - 0.50 x10e3/uL - x10e3/uL
# Basofilos	0.02 x10e3/uL	0.00 - - 0.20 x10e3/uL - x10e3/uL
# ALY	0.05 x10e3/uL	0.00 - - 0.25 x10e3/uL - x10e3/uL
# LIC	0.03 x10e3/uL	0.00 - - 0.30 x10e3/uL - x10e3/uL
Recuento de Eritrocitos	5.30 x10e3/uL	4.20 - - 6.10 x10e3/uL - x10e3/uL
Hemoglobina	17.1 g/dL	12.0 - - 17.5 g/dL - g/dL
Hematocrito	46.9 %	37.0 - - 52.5 % - %
Volumen Corpuscular Medio	89 fL	80.0 - - 100.0 fL - fL
HB Corspuscular Media	32.3 pg	27.0 - - 32.0 pg - pg
Concentraci¿n HB Corpucular Media	36.5 g/dL	32.0 - - 36.0 g/dL - g/dL
IDE cv	13.2 %	11.0 - - 16.0 % - %
IDE sd	42 um3	39.0 - - 52.0 um3 - um3
Recuento de Plaquetas	209 x10e3/uL	150 - - 450 x10e3/uL - x10e3/uL
Volumen Plaquetario Medio	9.6 fL	6.0 - - 11.0 fL - fL
PCT	0.201 %	0.15 - - 0.50 % - %
IDP	17.0 %	11.0 - - 18.0 % - %
Neutrofilos	65 %	
Linfocitos	30 %	
Monocitos	5 %	

Análisis y plan

Programa Sin Programa

Tipo atención Revisión De Exámenes Medicos

Notas de análisis y plan

NORMALES

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

Z008-OTROS EXÁMENES GENERALES

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC

Identificación 75095551

Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	Registro médico	16308

Control medico general - LUMBAGO CON CIÁTICA

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 31-07-2019 11:29 AM **Fecha Final:** 31-07-2019 11:29 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 31-07-2019 11:29 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2019-07-31 11:25
Edad en la atención	44 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	ESPOSA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Consumo alcohol

Clasificación	Faltan Criterios

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	170 cm

Análisis y plan

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Revisión Médico General

Notas de análisis y plan

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR LUMBAR , MODERADO, DE INICIO GRADUAL, PROGRESIVO Y LIMITNTE IRRADIADO APIERNAS, EL CUAL SE DESENCADENA AL HACER MOVIMIENTOS , NO RELACIONADO CON EL REPOSO, SIN ATENUANTES, NO CAIDAS, NO GOLPES NO TRAUMAS, ORINA NORMAL, DEPOSICIONES NORMALES, AL EFPACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADO CON DOLOR LUMBAR NO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE FLUIDO, ALERTA, COMPRENDE, PARES CRANEANOS SIN COMPROMISO, NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA, GLASGOW 15/15, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, OIDOS SIN SIGNOS DE INFECCION NI DE INFLAMACION , MEMBRANA TIMPANICA DE ASPECTO SANO, SIN SUPURACION, NO PERFORACION APARENTE, NARIZ TABIQUE CENTRAL NO RINORREA, OROFARINGE SIN SIGNOS DE INFECCION NI DE INFLAMACION, CUELLO CENTRAL MOVIL SIN ADENOPATIAS CERVICALES. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE. COLUMNA APARENTEMENTE BIEN ALINEADA ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, PRESENTA DOLOR A LA PALPACION DE MUSCULOS PARAVERTEBRALES LUMBARES, NO DOLOR A LA PALPACION DE VERTEBRAS LUMBARES, LASEGUE POSITIVO , NO SIGNOS DE RADICULOPATIAS, CAJONES Y BOSTEZOS NEGATIVOS, MOVILIDAD DE EXTREMIDADES INFERIORES SIN ALTERACIONES, SENSIBILIDAD SIN ALTERACIONES, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS NORMALES, MOVILIDAD DE HALLUX SIN ALTERACIONES, MARCHA ANTALGICA. S FORMULA DICLOFENACO IM IBUPROFENO CADA 8 HORAS, SE DA INCAPACIDAD MEDICA POR 3 DIAS,

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M544-LUMBAGO CON CIÁTICA

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Posible enfermedad laboral section

Diagnóstico requiere estudio enfermedad laboral	Reportar a medicina laboral?	Justificación
M544-LUMBAGO CON CIÁTICA	No	NO

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75095551
Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	**Registro médico**	16308

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - OTROS EXÁMENES GENERALES

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 24-07-2019 09:28 AM **Fecha Final:** 24-07-2019 09:28 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 24-07-2019 09:28 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2019-07-24 09:20
Edad en la atención	44 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	ESPOSA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

PACIETNE CON HEMOGRAMA DONDE SE OBSERVA LEUCOCITOS EN 14. RESTO DE EXAMENES NORMALES, EL PACIENTE NIEGA ALGUN SINTOMA ASOCIADO. MANIFIESTA SENTIRSE BIEN.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Consumo alcohol

Clasificación	Faltan Criterios

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	90 kg	**Talla**	170 cm
IMC	31.14	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Clasificación de la temperatura
37 °C	Anormal

Estado general del paciente

PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADO SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE FLUIDO, ALERTA, COMPRENDE, PARES CRANEANOS SIN COMPROMISO, NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA, GLASGOW 15/15, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ

Cabeza y Cuello

PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, OIDOS SIN SIGNOS DE INFECCION NI DE INFLAMACION , MEMBRANA TIMPANICA DE ASPECTO SANO, SIN SUPURACION, NO PERFORACION APARENTE, NARIZ TABIQUE CENTRAL NO RINORREA, OROFARINGE SIN SIGNOS DE INFECCION NI DE INFLAMACION, CUELLO CENTRAL MOVIL SIN ADENOPATIAS CERVICALES.

Tórax

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO

Gastrointestinal

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.

Vascular periférico

VENAS TORTUOSAS Y DILATADAS DE MIEMBROS INFERIORES,

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta Médico General

Notas de análisis y plan

SE SOCLITA EHMOGRAMA DE CONTROL Y EXTNDIDO DE SANGRE PERIFERIA

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

Z008-OTROS EXÁMENES GENERALES

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75095551
Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	**Registro médico**	16308

Consulta No Programada - TRASTORNO SINOVIAL Y TENDINOSO, NO ESPECIFICADO

Profesional: ALEXANDER MORALES LOPEZ **Fecha Inicio:** 21-06-2019 10:01 AM **Fecha Final:** 21-06-2019 10:01 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: ALEXANDER MORALES LOPEZ **Fecha:** 21-06-2019 10:01 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2019-06-21 09:45
Edad en la atención	44 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	ESPOSA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

" DOLOR EN LA MANO "

Enfermedad Actual

Paciente con cuadro clínico de evolución de 02 dias consistente en dolor en la region de la mano derecha al caer hace 8 días y caer sin golpearse la mano , solo refiere que se sujetó fuerte, se automedica con naproxeno. ahora con dolor en dedos, con edema, niega más sintomas asociados. esta pendiente valoración por fisiatría.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Consumo alcohol

Clasificación	Faltan Criterios

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	86 kg	**Talla**	170 cm
IMC	29.76	**Clasificación**	Sobrepeso

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Saturación de oxígeno sin oxígeno
36 °C	Axilar	98 %

Estado general del paciente

se observa alerta

Cabeza y Cuello

Ruidos cardiacos ritmicos, sin soplos sin desdoblamiento sin sobreagrados cardiacos. Pulmonar murmullo vesicular adecuado , no signos de dificultad respiratoria.

Tórax

Abdomen blando, persistaltismo aumentado, sin signos de irritacion peritoneal.

Osteomuscular

leve dolor en mano derecha / no signos de infección

Análisis y plan

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta No Programada

Notas de análisis y plan

se ajusta medicación actual

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M679-TRASTORNO SINOVIAL Y TENDINOSO, NO ESPECIFICADO

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Recomendaciones

Se explica de los hallazgos clinicos, se dan las recomendaciones y signos de alarma, se aclaran dudas del paciente, la paciente afirma entender claramente control medico si persisten los sintomas

PACIENTE IDENTIFICADO CON EL DOCUMENTO CC 75075796 Alarcon Jaramillo, Juan Carlos : ASISTIÓ A CONSULTA MÉDICA PRIORIZADA HORA DE SALIDA 10+00 AM

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75068296
Nombre completo	ALEXANDER MORALES LOPEZ	**Registro médico**	95-551-06

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - LUMBAGO CON CIÁTICA

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 14-06-2019 03:56 PM **Fecha Final:** 14-06-2019 03:56 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 14-06-2019 03:56 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2019-06-14 15:40
Edad en la atención	44 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	ESPOSA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

PACIENTE TRAE RX DE COLUMNA LUMBOSACAR DEL 30 DE ABRIL DEL 2019 DON FORMACION DE OSTEOFITOS EN L3,L4 Y L5. EL PACIENTE DESDE HACE VARIAS SEMANAS PRESENTA DOLOR Y SENSAIOCN DE HORMIGUEO EN MANO DERECHA, FUERZA DISMINUIDA

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Consumo alcohol

Clasificación Faltan Criterios

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	80 kg	**Talla**	170 cm
IMC	27.68	**Clasificación**	Sobrepeso

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	19 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Clasificación de la temperatura
37 °C	Anormal

Estado general del paciente

PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADO SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE FLUIDO, ALERTA, COMPRENDE, PARES CRANEANOS SIN COMPROMISO, NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA, GLASGOW 15/15, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ

Tórax

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO

Gastrointestinal

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.

Osteomuscular

PRESENTA PHYALEN Y TINEL POSITIVOS DERECHOS. COLUMNA APARENTEMENTE BIEN ALINEADA ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, PRESENTA DOLOR A LA PALPACION DE MUSCULOS PARAVERTEBRALES LUMBARES, NO DOLOR A LA PALPACION DE VERTEBRAS LUMBARES, LASEGUE POSITIVO, CAJONES Y BOSTEZOS NEGATIVOS, MOVILIDAD DE EXTREMIDADES INFERIORES SIN ALTERACIONES, SENSIBILIDAD SIN ALTERACIONES, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS NORMALES, MOVILIDAD DE HALLUX SIN ALTERACIONES, MARCHA ANTALGICA.

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta Médico General

Notas de análisis y plan

SE REMTTIE A FISIATRIA.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M544-LUMBAGO CON CIÁTICA

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico

Posible enfermedad laboral section

Diagnóstico requiere estudio enfermedad laboral	Reportar a medicina laboral?	Justificación
G560-SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO	Si	SI

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75095551
Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	**Registro médico**	16308

Revisión de Exámenes Medicos - OTROS EXÁMENES GENERALES

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 02-05-2019 08:49 AM **Fecha Final:** 02-05-2019 08:49 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Revisión de Exámenes Medicos

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 02-05-2019 08:49 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Revisión de Exámenes Medicos

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2019-05-02 08:49
Edad en la atención	44 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Atención Inicial

Tipo Atención: Consulta Médico General **Fecha:** 24-04-2019
Doctor: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
Diagnóstico Principal: M544 - LUMBAGO CON CIÁTICA

Análisis & Plan:
SE SOLICITA RX DE COLUMNA LUMBOSACRA CITA NO CIRUGIA VASCULAR, SE SOLCITA RX DE TORAX.

Nota de seguimiento:

Resultados de Exámenes

903815 - COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]

Fecha Solicitud: 24/04/2019 **Fecha Realización:** 27/04/2019 **Fecha Entrega Resultados:** 29/04/2019

Prueba	Resultado	Info Adicional
Colesterol de Alta Densidad - HDL	40 mg/dl	
Hombres / Mujeres		
Pronostico Favorable : H > 55 M > 65 mg/dl		
Riesgo Promedio : H 35-55 M 45-65 mg/dl		
Riesgo Aumentado : H < 35 M < 45 mg/dl		

903818 - COLESTEROL TOTAL

Fecha Solicitud: 24/04/2019 **Fecha Realización:** 27/04/2019 **Fecha Entrega Resultados:** 29/04/2019

Prueba	Resultado	Info Adicional
Colesterol Total	207 mg/dl	
Sin Riesgo : Hasta 220 mg/dl		
Moderado : 220 - 260 mg/dl		
Requiere Tratamiento: > 260 mg/dl		

903825 - CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS

Fecha Solicitud: 24/04/2019 **Fecha Realización:** 27/04/2019 **Fecha Entrega Resultados:** 29/04/2019

Prueba	Resultado	Info Adicional
Creatinina	0.98 mg/dl	
Hombres: 0.9 - 1.3 mg/dl		
Mujeres : 0.7 - 1.1 mg/dl		
Ni¿os : 0.3 - 0.8 mg/dl		

903841 - GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Fecha Solicitud: 24/04/2019 **Fecha Realización:** 27/04/2019 **Fecha Entrega Resultados:** 29/04/2019

Prueba	Resultado	Info Adicional
Glucosa	89 mg/dl	70 - 105 - mg/dl

903868 - TRIGLICERIDOS

Fecha Solicitud: 24/04/2019 **Fecha Realización:** 27/04/2019 **Fecha Entrega Resultados:** 29/04/2019

Prueba	Resultado	Info Adicional
Triglic¿ridos	195 mg/dl	
Sin Riesgo : < 170		
Sospechoso : 170 - 220		
Requiere Tratamiento : > 220		
Observaciones	ASPECTO DEL SUERO NORMAL	

907106 - UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA

Fecha Solicitud: 24/04/2019 **Fecha Realización:** 27/04/2019 **Fecha Entrega Resultados:** 27/04/2019

Prueba	Resultado	Info Adicional
UROANALISIS		
FISICO QUIMICO		
Color	AMARILLO	
Aspecto	LIG TURBIO	
Olor	SG	
Densidad	1.015	
P.H.	5.0	
Proteinas	NEGATIVO	
Glucosa	NORMAL	
Hemoglobina	NEGATIVO	
Cetonas	NEGATIVO	
Nitritos	NEGATIVO	
Urobilinogeno	NORMAL	
Bilirrubinas	NEGATIVO	
Acido Ascorbico	20 mg/dl	
Leucocitos	NEGATIVO	
MICROSCOPICO		
Leucocitos	0-2	
C¿lulas Epiteliales	0-2	
Bacterias	NO SE OBSERVAN	
Nota: xc = por campo		

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Revisión De Exámenes Medicos

Notas de análisis y plan

NORMALES

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

Z008-OTROS EXÁMENES GENERALES

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75095551
Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	**Registro médico**	16308

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - LUMBAGO CON CIÁTICA

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 24-04-2019 07:23 AM **Fecha Final:** 24-04-2019 07:23 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 24-04-2019 07:23 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2019-04-24 07:00
Edad en la atención	44 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	ESPOSA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

PACIENTE QUIEN MANIFIESTA QUE TIENE SENSACION DE HORMIGUEO Y CLAMABRE EN PIRNA DESDE OCTUBRE DEL 2018, ANTEEDENTE DE VARICES EN MIEMBROS INFERIORES PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 11 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR LUMBAR , MODERADO, DE INICIO GRADUAL, PROGRESIVO, IRRADIADO A PIERNAS, EL CUAL SE DESENCADENA AL HACER MOVIMIENTOS Y CAMINAR , NO RELACIONADO CON EL REPOSO, SIN ATENUANTES, NO CAIDAS, NO GOLPES NO TRAUMAS, ORINA NORMAL, DEPOSICIONES NORMALES,

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Consumo alcohol

Clasificación	Faltan Criterios

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	90 kg	**Talla**	170 cm
IMC	31.14	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Clasificación de la temperatura
37 °C	Anormal

Estado general del paciente

PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADO SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE FLUIDO, ALERTA, COMPRENDE, PARES CRANEANOS SIN COMPROMISO, NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA, GLASGOW 15/15, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ

Tórax

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO

Gastrointestinal

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.

Osteomuscular

COLUMNA APARENTEMENTE BIEN ALINEADA ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, PRESENTA DOLOR A LA PALPACION DE MUSCULOS PARAVERTEBRALES LUMBARES, NO DOLOR A LA PALPACION DE VERTEBRAS LUMBARES, LASEGUE POSITIVO, CAJONES Y BOSTEZOS NEGATIVOS, MOVILIDAD DE EXTREMIDADES INFERIORES SIN ALTERACIONES, SENSIBILIDAD SIN ALTERACIONES, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS NORMALES, MOVILIDAD DE HALLUX SIN ALTERACIONES, MARCHA ANTALGICA.

Vascular periférico

PRESENTA VENAS TORTUOSAS Y DILATADAS N MIEMBRO INFERIOR.

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Consulta Médico General

Notas de análisis y plan

SE SOLICITA RX DE COLUMNA LUMBOSACRA CITA NO CIRUGIA VASCULAR, SE SOLCITA RX DE TORAX.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

M544-LUMBAGO CON CIÁTICA

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Otros diagnósticos

Otros diagnósticos	Tipo de diagnóstico
I839-VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ÚLCERA NI INFLAMACIÓN	Impresión diagnóstica
J989-TRASTORNO RESPIRATORIO, NO ESPECIFICADO	Impresión diagnóstica
E669-OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa Enfermedad general

Finalidad de la consulta No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC **Identificación** 75095551

Nombre completo CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Registro médico** 16308

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ÚLCERA NI INFLAMACIÓN

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 20-10-2018 10:13 AM **Fecha Final:** 20-10-2018 10:13 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 20-10-2018 10:13 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2018-10-20 10:00
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	ESPOSA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

PACIENTE QUIEN VIENE PARA CONTROL, LE HICIERON CIRUGIA DE VARICES DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO EL 2 DE COTUBRE DEL 2018 SE HA SENTIDO BIEN PATOLOGICOS- ALERGICOS-

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

true

Estilos de Vida

Consumo alcohol

Clasificación Faltan Criterios

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	88 kg	**Talla**	170 cm

IMC	30.45	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Clasificación de la temperatura
37 °C	Axilar	Normal

Estado general del paciente

PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADA EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE FLUIDO, ALERTA, COMPRENDE, PARES CRANEANOS SIN COMPROMISO, NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA, GLASGOW 15/15, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ

Tórax

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO

Gastrointestinal

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.

Vascular periférico

SIN ALTERACIONES HERIDAS QUIRURGICAS SANAS SIN SIGNOS DE INFECCION NI DE INFLAMACION

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta Médico General

Notas de análisis y plan

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS AL EXAMEN FISICO

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

I839-VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ÚLCERA NI INFLAMACIÓN

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75095551

Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	Registro médico	16308

Consulta No Programada - OTROS ESTADOS POSTQUIRÚRGICOS ESPECIFICADOS

Profesional: ALEXANDER MORALES LOPEZ **Fecha Inicio:** 17-10-2018 08:00 AM **Fecha Final:** 17-10-2018 08:00 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: ALEXANDER MORALES LOPEZ **Fecha:** 17-10-2018 08:00 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2018-10-17 07:45
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	ESPOSA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

" me duele la cirugia "

Enfermedad Actual

Paciente con cuadro clinico de evolucion de 02/10/2018 con pos operatorio de safecnectomia derecha, ahoa refiere dolor e induracion en zona proximal del muslo, niega fiebre, no secreción no sangrado. niega mas sintomas asociados

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Consumo alcohol

Clasificación	Faltan Criterios

Examen físico

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	80 kg	**Talla**	170 cm
IMC	27.68	**Clasificación**	Sobrepeso

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Saturación de oxígeno sin oxígeno
37 °C	Axilar	98 %

Estado general del paciente

se observa alerta.

Osteomuscular

leve dolor en la zona operatoria no signos de infeccion tejido indurado en sitio distal de la cirugia. pulsos presentes no singos de trombosis venosa

Análisis y plan

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta No Programada

Notas de análisis y plan

.

Notas de expectativas y metas

Notas de expectativas y metas	continuar con vendaje

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal

Z988-OTROS ESTADOS POSTQUIRÚRGICOS ESPECIFICADOS

Tipo de diagnóstico

Impresión diagnóstica

Recomendaciones

Se explica de los hallazgos clinicos, se dan las recomendaciones y signos de alarma, se aclaran dudas del paciente, el paciente afirma entender claramente control medico si persisten los sintomas

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75068296
Nombre completo	ALEXANDER MORALES LOPEZ	**Registro médico**	95-551-06

Control medico general - LUMBAGO CON CIÁTICA

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 20-09-2018 08:14 AM **Fecha Final:** 20-09-2018 08:14 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 20-09-2018 08:14 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2018-09-20 08:08
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	ESPOSA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Consumo alcohol

Clasificación	Faltan Criterios

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla	170 cm

Signos Vitales

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura	**Clasificación de la temperatura**
Axilar	Anormal

Análisis y plan

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Revisión Médico General

Notas de análisis y plan

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 4 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR LUMBAR , MODERADO, IRRADIADO, EL CUAL SE DESCENCADENA AL HACER MOVIMIENTOS , NO RELACIONADO CON EL REPOSO, SIN ATENUANTES, NO CAIDAS, NO GOLPES NO TRAUMAS, ORINA NORMAL, DEPOSICIONES NORMALES,SE APLICO INYECCION SIN MEJORIA PATOLOGICOS- ALERGICOS PENICILINA AL EF PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADO CON DOLOR LUMBAR NO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE FLUIDO, ALERTA, COMPRENDE, PARES CRANEANOS SIN COMPROMISO, NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA, GLASGOW 15/15, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, OIDOS SIN SIGNOS DE INFECCION NI DE INFLAMACION , MEMBRANA TIMPANICA DE ASPECTO SANO, SIN SUPURACION, NO PERFORACION APARENTE, NARIZ TABIQUE CENTRAL NO RINORREA, OROFARINGE SIN SIGNOS DE INFECCION NI DE INFLAMACION, CUELLO CENTRAL MOVIL SIN ADENOPATIAS CERVICALES. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE. COLUMNA APARENTEMENTE BIEN ALINEADA ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, PRESENTA DOLOR A LA PALPACION DE MUSCULOS PARAVERTEBRALES LUMBARES, NO DOLOR A LA PALPACION DE VERTEBRAS LUMBARES, LASEGUE NEGATIVO, BRAGARD NEGATIVO, FABRE NEGATIVO, NO SIGNOS DE RADICULOPATIAS, CAJONES Y BOSTEZOS NEGATIVOS, MOVILIDAD DE EXTREMIDADES INFERIORES SIN ALTERACIONES,

SENSIBILIDAD SIN ALTERACIONES, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS NORMALES, MOVILIDAD DE HALLUX SIN ALTERACIONES, MARCHA ANTALGICA. DX LUMBAGO SE FORMULA DICLOFENACO IM, INCAPCIDAD 3 DIAS

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal	M544-LUMBAGO CON CIÁTICA
Tipo de diagnóstico	Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75095551
Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	**Registro médico**	16308

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - LUMBAGO NO ESPECIFICADO

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 17-09-2018 08:45 AM **Fecha Final:** 17-09-2018 08:45 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 17-09-2018 08:45 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2018-09-17 08:40
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	ESPOSA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

PACIENTE TRAE DOPPLER VENOSOA DEL 11 DE JULIO DEL 2018 DONDE SE HACE DIAGNOSTICO DE LADO DERECHO, INSUFICIENCIA OSTIAL DE LA VENA SAFENA MAYOR CON REPERCUSION HEMODINAMICA EN LA EXTREMIDAD, COMPETENCIA Y PERMEABILIDAD DE LA VENA SAFENA MENOR Y DEL SISTEMA VENOSO PROFUNDO, LADO IZQUIERDO INSUFICIENCIA DE LA VENA SAFENA MAYR MUSLO Y PIERNA COMPETENCIA Y PERMEABILIDAD DE LA VENA SAFENA MENOR Y DEL SISTEMA VENOSO PROFUNDO ESTA PENDIENTE CIRUGIA. EL PACIENTE MANIFIESTA DOLOR LUMBAR DESPUES DE HACER UN MOVMIENTO BRUSCO.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Estilos de Vida

Consumo alcohol

Clasificación	Faltan Criterios

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	88 kg	**Talla**	170 cm
IMC	30.45	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	82 lpm	**Frecuencia respiratoria**	18 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Clasificación de la temperatura
37 °C	Axilar	Normal

Estado general del paciente

PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADO CON DOLOR ,UMBAR NO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE FLUIDO, ALERTA, COMPRENDE, PARES CRANEANOS SIN COMPROMISO, NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA, GLASGOW 15/15, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ

Tórax

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO

Gastrointestinal

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.

Osteomuscular

COLUMNA APARENTEMENTE BIEN ALINEADA ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR, PRESENTA DOLOR A LA PALPACION DE MUSCULOS PARAVERTEBRALES LUMBARES, NO DOLOR A LA PALPACION DE VERTEBRAS LUMBARES, LASEGUE NEGATIVO, BRAGARD NEGATIVO, FABRE NEGATIVO, NO SIGNOS DE RADICULOPATIAS, CAJONES Y BOSTEZOS NEGATIVOS, MOVILIDAD DE EXTREMIDADES INFERIORES SIN ALTERACIONES, SENSIBILIDAD SIN ALTERACIONES, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS NORMALES, MOVILIDAD DE HALLUX SIN ALTERACIONES, MARCHA ANTALGICA.

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta Médico General

Notas de análisis y plan

SE FORMULA DEXAMETASONA IM, IBUPROFENO CADA 8 HORAS, METOCARBAMOL CADA 8 HORAS.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal	M545-LUMBAGO NO ESPECIFICADO
Tipo de diagnóstico	Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75095551
Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	**Registro médico**	16308

Control medico general - LUMBAGO CON CIÁTICA

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 22-06-2018 10:27 AM **Fecha Final:** 22-06-2018 10:27 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 22-06-2018 10:27 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS

Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2018-06-22 10:24
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	ESPOSA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Examen físico

Medidas Antropométricas

Talla 170 cm

Signos Vitales

Otros signos vitales

Sitio de toma de temperatura	Clasificación de la temperatura
Axilar	Anormal

Análisis y plan

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Revisión Médico General

Notas de análisis y plan

PACIENTE QUIEN ASISTE POR CERVICALGIA YA CONSULTO CONMIGO ESTA SEMANA EL DOLOR HA SIDO MODERADO Y LIMITANTE Y SE IRRADIADO A COLUMNA LUMBAR CON SENSCION DE HORMIGEUO EN LA PIERNA ,AL EF SE ENCUENTRA LASEGUE POSITIVO, SE DA INCAPACIDAD POR 3 DIAS. SE INDICA MANEJO CON ACETAMINOFEN.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal M544-LUMBAGO CON CIÁTICA

Tipo de diagnóstico Impresión diagnóstica

Posible enfermedad laboral section

Diagnóstico requiere estudio enfermedad laboral	Reportar a medicina laboral?	Justificación
M544-LUMBAGO CON CIÁTICA	No	NO

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75095551
Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	**Registro médico**	16308

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - CERVICALGIA

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 18-06-2018 02:51 PM **Fecha Final:** 18-06-2018 02:51 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 18-06-2018 02:51 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2018-06-18 14:40
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Responsable

Nombre responsable	ESPOSA	**Parentesco**	Cónyuge
Teléfono responsable	3128042729		

Acompañante

Viene con acompañante	No

Motivo de Consulta

CERVICALGIA

Enfermedad Actual

CUADRO CLINICO DE VARIOS DIAS CONSISTENTE EN DOLOR EN REGION CERVICAL,DE MODERADA INTENSIDAD, SIN MANEJO, MANIFIESTA QUE AHCE 20 DIAS TUVO DOLOR EN EL PECHO PERO YA MEJORO HA ESTADO CON ESTRES Y ANSIEDAD. PATOLOGICOS- ALERGICOS-

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes Familiares

No Relata Antecedentes

Examen físico

Medidas Antropométricas

Peso	88 kg	**Talla**	170 cm
IMC	30.45	**Clasificación**	Obesidad tipo I

Signos Vitales

Signos Vitales

Frecuencia cardiaca	80 lpm	**Frecuencia respiratoria**	16 rpm

Presión Arterial

Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Posición	Lugar	Presión Arterial Media
110	70	Sentado	Brazo Derecho	83.33

Otros signos vitales

Temperatura	Sitio de toma de temperatura	Clasificación de la temperatura
37 °C	Axilar	Normal

Estado general del paciente

PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADO SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE FLUIDO, ALERTA, COMPRENDE, PARES CRANEANOS SIN COMPROMISO, NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA, GLASGOW 15/15, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ

Cabeza y Cuello

OIDOS SIN SIGNOS DE INFECCION NI DE INFLAMACION , MEMBRANA TIMPANICA DE ASPECTO SANO, SIN SUPURACION, NO PERFORACION APARENTE, NARIZ TABIQUE CENTRAL NO RINORREA, OROFARINGE SIN SIGNOS DE INFECCION NI DE INFLAMACION, CUELLO CENTRAL MOVIL SIN ADENOPATIAS CERVICALES.

Tórax

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO

Gastrointestinal

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Consulta Médico General

Notas de análisis y plan

PACIENTE SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS AL EXAMEN FISICO.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal	M542-CERVICALGIA
Tipo de diagnóstico	Impresión diagnóstica

Causa externa y finalidad

Causa externa	Enfermedad general
Finalidad de la consulta	No aplica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75095551
Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	**Registro médico**	16308

Revisión de Exámenes Medicos - OTROS EXÁMENES GENERALES

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 11-04-2018 07:46 AM **Fecha Final:** 11-04-2018 07:46 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Revisión de Exámenes Medicos

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 11-04-2018 07:46 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Revisión de Exámenes Medicos

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2018-04-11 07:46
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Atención Inicial

Tipo Atención:	Consulta Médico General	**Fecha:**	02-04-2018
Doctor:	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ		

Diagnóstico Principal: N399 - TRASTORNO DEL SISTEMA URINARIO, NO ESPECIFICADO

Análisis & Plan:
SE SOLCITA ANTIGENO PROSTATICO , CREATININA Y UROCULTIVO CONTROL CON RESULTADOS, SE FORMULA CLOTRIMAZOL CADA 8 HORAS.

Nota de seguimiento:

Resultados de Exámenes

901235 - UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)

Fecha Solicitud: 02/04/2018 **Fecha Realización:** 07/04/2018 **Fecha Entrega Resultados:** 09/04/2018

Prueba	Resultado	Info Adicional
UROCULTIVO		
Resultado	Negativo a las 24 horas de incubaci¿n	

903825 - CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS

Fecha Solicitud: 02/04/2018 **Fecha Realización:** 07/04/2018 **Fecha Entrega Resultados:** 10/04/2018

Prueba	Resultado	Info Adicional
Creatinina	0.93 mg/dl	
Hombres: 0.9 - 1.3 mg/dl		
Mujeres : 0.7 - 1.1 mg/dl		
Ni¿os : 0.3 - 0.8 mg/dl		

906610 - ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA [PSA]

Fecha Solicitud: 02/04/2018 **Fecha Realización:** 07/04/2018 **Fecha Entrega Resultados:** 10/04/2018

Prueba	Resultado	Info Adicional
Ant¿geno Espec¿fico de Prostata (PSA)	0.54 ng/ml	
Prostatectomia Radical: No detectable - 0.2 ng/ml		
36 - 45 A¿os : Hasta 1.3 ng/ml		
45 - 55 A¿os : Hasta 2.1 ng/ml		
55 - 65 A¿os : Hasta 3.2 ng/ml		
65 - 81 A¿os : Hasta 6.4 ng/ml		
T¿cnica: Quimioluminiscencia		

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Revisión De Exámenes Medicos

Notas de análisis y plan

PARACLINCIOS NORMALES.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal	Z008-OTROS EXÁMENES GENERALES
Tipo de diagnóstico	Impresión diagnóstica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75095551
Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	**Registro médico**	16308

Revisión de Exámenes Medicos - TRASTORNO DEL SISTEMA URINARIO, NO ESPECIFICADO

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 10-04-2018 07:59 AM **Fecha Final:** 10-04-2018 07:59 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Revisión de Exámenes Medicos

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 10-04-2018 07:59 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Revisión de Exámenes Medicos

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2018-04-10 07:59
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Atención Inicial

Tipo Atención: Consulta Médico General **Fecha:** 02-04-2018

Doctor: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ

Diagnóstico Principal: N399 - TRASTORNO DEL SISTEMA URINARIO, NO ESPECIFICADO

Análisis & Plan:

SE SOLCITA ANTIGENO PROSTATICO , CREATININA Y UROCULTIVO CONTROL CON RESULTADOS, SE FORMULA CLOTRIMAZOL CADA 8 HORAS.

Nota de seguimiento:

Resultados de Exámenes

901235 - UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)

Fecha Solicitud: 02/04/2018 **Fecha Realización:** 07/04/2018 **Fecha Entrega Resultados:** 09/04/2018

Prueba	Resultado	Info Adicional
UROCULTIVO		
Resultado	Negativo a las 24 horas de incubaci¿n	

Análisis y plan

Programa Sin Programa **Tipo atención** Revisión De Exámenes Medicos

Notas de análisis y plan

PARACLINICO NORMAL

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal N399-TRASTORNO DEL SISTEMA URINARIO, NO ESPECIFICADO

Tipo de diagnóstico Impresión diagnóstica

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación CC **Identificación** 75095551

Nombre completo CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Registro médico** 16308

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - TRASTORNO DEL SISTEMA URINARIO, NO ESPECIFICADO

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 02-04-2018 07:40 AM **Fecha Final:** 02-04-2018 07:40 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 02-04-2018 07:40 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación CC **Identificación** 75075796

Nombres JUAN CARLOS **Apellidos** ALARCON JARAMILLO

Fecha de nacimiento 27-11-1974 **Departamento** CALDAS

Municipio MANIZALES **Dirección** CR 8 # 58 B - 19

Sexo Masculino **Fecha de la atención** 2018-04-02 07:20

Edad en la atención 43 años(Adultez) **Correo electrónico** juankalarcon127@gmail.com

Teléfono fijo **Otro teléfono** 3113237133

Extensión **Plan** POS

Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Acompañante

Viene con acompañante No

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75095551
Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	**Registro médico**	16308

Revisión de Exámenes Medicos - MAREO Y DESVANECIMIENTO

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 01-02-2018 08:31 AM **Fecha Final:** 01-02-2018 08:31 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Revisión de Exámenes Medicos

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 01-02-2018 08:31 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Revisión de Exámenes Medicos

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2018-02-01 08:31
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Resultados de Exámenes

Análisis y plan

Programa	Sin Programa	**Tipo atención**	Revisión De Exámenes Medicos

Notas de análisis y plan

PARACLINICOS NORMALES.

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75095551
Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	**Registro médico**	16308

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - MAREO Y DESVANECIMIENTO

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 17-01-2018 03:28 PM **Fecha Final:** 17-01-2018 03:28 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 17-01-2018 03:28 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2018-01-17 15:20
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Acompañante

Viene con acompañante No

Motivo de Consulta

CONTROL

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75095551
Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	**Registro médico**	16308

Control medico general - ERITRASMA

Profesional: OCTAVIO MENDIETA TORO **Fecha Inicio:** 10-01-2018 04:35 PM **Fecha Final:** 10-01-2018 04:35 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: OCTAVIO MENDIETA TORO **Fecha:** 10-01-2018 04:35 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2018-01-10 16:33
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

No se encontró información de la atención donde se enviaron las ayudas diagnósticas, puede ser que la atención se haya realizado en IPSA o es una transcripción.

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	10255569
Nombre completo	OCTAVIO MENDIETA TORO	**Registro médico**	1538

Consulta No Programada - ERITRASMA

Profesional: OCTAVIO MENDIETA TORO **Fecha Inicio:** 10-01-2018 04:32 PM **Fecha Final:** 10-01-2018 04:32 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: OCTAVIO MENDIETA TORO **Fecha:** 10-01-2018 04:32 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2018-01-10 16:30

Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	10255569
Nombre completo	OCTAVIO MENDIETA TORO	**Registro médico**	1538

Control medico general - AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 20-12-2017 07:46 AM **Fecha Final:** 20-12-2017 07:46 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 20-12-2017 07:46 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2017-12-20 07:44
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

No se encontró información de la atención donde se enviaron las ayudas diagnósticas, puede ser que la atención se haya realizado en IPSA o es una transcripción.

Antecedentes Patológicos

Antecedentes alérgicos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75095551

Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	**Registro médico**	16308

Control medico general - AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 20-12-2017 07:27 AM **Fecha Final:** 20-12-2017 07:27 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 20-12-2017 07:27 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2017-12-20 07:25
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

No se encontró información de la atención donde se enviaron las ayudas diagnósticas, puede ser que la atención se haya realizado en IPSA o es una transcripción.

Antecedentes Patológicos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75095551
Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	**Registro médico**	16308

Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type - CEFALEA

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha Inicio:** 20-12-2017 07:25 AM **Fecha Final:** 20-12-2017 07:25 AM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta Medico General (tipo Atencion) Visit Type

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ **Fecha:** 20-12-2017 07:25 AM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta Médico General

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2017-12-20 07:00
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Acompañante

Viene con acompañante	No

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75095551
Nombre completo	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	**Registro médico**	16308

Consulta No Programada - CEFALEA DEBIDA A TENSIÓN

Profesional: GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO **Fecha Inicio:** 18-12-2017 06:45 PM **Fecha Final:** 18-12-2017 06:45 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO **Fecha:** 18-12-2017 06:45 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2017-12-18 18:30
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado

Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Documentos Adjuntos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	24730316
Nombre completo	GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO	**Registro médico**	16436

Control medico general - SECUELAS DE AGRESIONES

Profesional: GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO **Fecha Inicio:** 15-12-2017 08:00 PM **Fecha Final:** 15-12-2017 08:00 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Control medico general

Profesional: GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO **Fecha:** 15-12-2017 08:00 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Control medico general

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2017-12-15 19:54
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

No se encontró información de la atención donde se enviaron las ayudas diagnósticas, puede ser que la atención se haya realizado en IPSA o es una transcripción.

Antecedentes Patológicos

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	24730316
Nombre completo	GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO	**Registro médico**	16436

Consulta No Programada - EFECTOS TÓXICOS DE OTRAS SUSTANCIAS ESPECIFICADAS

Profesional: GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO **Fecha Inicio:** 13-12-2017 02:17 PM **Fecha Final:** 13-12-2017 02:17 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO **Fecha:** 13-12-2017 02:17 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19
Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2017-12-13 14:00
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	24730316
Nombre completo	GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO	**Registro médico**	16436

Consulta No Programada - EFECTOS TÓXICOS DE OTRAS SUSTANCIAS ESPECIFICADAS

Profesional: GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO **Fecha Inicio:** 12-12-2017 03:52 PM **Fecha Final:** 12-12-2017 03:52 PM **Sesiones Realizadas:** 1

Cita Consulta No Programada

Profesional: GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO **Fecha:** 12-12-2017 03:52 PM **Nombre Acompañante:**

Imprimir en PDF

Consulta No Programada

Datos Principales

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	75075796
Nombres	JUAN CARLOS	**Apellidos**	ALARCON JARAMILLO
Fecha de nacimiento	27-11-1974	**Departamento**	CALDAS
Municipio	MANIZALES	**Dirección**	CR 8 # 58 B - 19

Sexo	Masculino	**Fecha de la atención**	2017-12-12 15:15
Edad en la atención	43 años(Adultez)	**Correo electrónico**	juankalarcon127@gmail.com
Teléfono fijo		**Otro teléfono**	3113237133
Extensión		**Plan**	POS
Ocupación	EMPLEADO MABE	**Estado Civil**	Casado
Identidad de genero		**Escolaridad**	
Raza	Mestizo	**Grupo Poblacional**	

Información del profesional que atendió

Tipo de identificación	CC	**Identificación**	24730316
Nombre completo	GLORIA ANGELA SEPULVEDA GALLO	**Registro médico**	16436

IPS Seguimiento: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1
NIT: 810005573
IPS Afiliado: (INTERCONSULTAS SAS SEDE 1)

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Fecha: 2021/11/09

Identificación: CC 75075796 Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Género: Masculino
Tel: Dirección: CR 8 # 58 B - 19 Departamento: CALDAS Municipio: MANIZALES

Observación:

PACIENTE QUE LLEGA A ENFERMERIA DE LA IPS INTERCONSULTAS CON ORDEN MEDICA DE REALIZAR TOMA DE EKG. SE SOLICITA AL USUARIO RETIRAR TODA LA ROPA DEL AREA TORACICA, RETIRAR OBJETOS METALICOS QUE PUEDAN TENER INTERFERENCIA CON EL TRAZADO. SE PROCEDE A REALIZAR PROCEDIMIENTO UTILIZANDO LOS CORRECTOS, SE UBICA PACIENTE EN CAMILLA EN POSICION DECUBITO SUPINO, UTILIZANDO LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD SE REALIZA TOMA DE EKG, SE PROCEDE A UBICAR LAS DERIVACIONES PRECORDIALES, SE IDENTIFICA LECTURA EN MONITOR Y SE TOMA EKG, SE RETIRAN ELECTRODOS Y SE SOLICITA AL PACIENTE VESTIRSE DE NUEVO. PROCEDIMIENTO BIEN TOLERADO, SIN COMPLICACIONES. SE DAN RECOMENDACIONES Y SE ENTREGA REPORTE DE EKG, EL PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.

Profesional: PAOLA TATIANA RAMIREZ GARCIA
Identificación: CC 1053837497 Registro: 1053837497
Teléfono: 3226040359 Dirección: CL 56 # 24-29
Ciudad: MANIZALES Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Firma:

I579637497F211109I750710538

Imprime: JUANDEOS Fecha de Impresión: 2024/02/05 08:22:30
IPS Imprime: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

IPS Seguimiento: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1
NIT: 810005573
IPS Afiliado: (INTERCONSULTAS SAS SEDE 1)

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Fecha: 2023/03/22

Identificación: CC 75075796 Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Género: Masculino
Tel: Dirección: CR 8 # 58 B - 19 Departamento: CALDAS Municipio: MANIZALES

Observación:

PACIENTE QUE LLEGA A ENFERMERIA DE LA IPS INTERCONSULTAS CON ORDEN MEDICA DE REALIZAR TOMA DE EKG. SE SOLICITA AL USUARIO RETIRAR TODA LA ROPA DEL AREA TORACICA, RETIRAR OBJETOS METALICOS QUE PUEDAN TENER INTERFERENCIA CON EL TRAZADO. SE PROCEDE A REALIZAR PROCEDIMIENTO UTILIZANDO LOS CORRECTOS, SE UBICA PACIENTE EN CAMILLA EN POSICION DECUBITO SUPINO, UTILIZANDO LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD SE REALIZA TOMA DE EKG, SE PROCEDE A UBICAR LAS DERIVACIONES PRECORDIALES, SE IDENTIFICA LECTURA EN MONITOR Y SE TOMA EKG, SE RETIRAN ELECTRODOS Y SE SOLICITA AL PACIENTE VESTIRSE DE NUEVO. PROCEDIMIENTO BIEN TOLERADO, SIN COMPLICACIONES. SE DAN RECOMENDACIONES Y SE ENTREGA REPORTE DE EKG, EL PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.

Profesional: MANUELA ALEJANDRA AGUDELO MARIN Firma:
Identificación: CC 1002654687 Registro: 1002654687
Teléfono: 8930350 Dirección: CALLE 56 N 24 29
Ciudad: MANIZALES Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

I579654687F230322I750710026

Imprime: JUANDEOS Fecha de Impresión: 2024/02/05 08:22:16
IPS Imprime: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

IPS Seguimiento: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1
NIT: 810005573
IPS Afiliado: (INTERCONSULTAS SAS SEDE 1)

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Fecha: 2021/11/09

Identificación: CC 75075796 Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Género: Masculino
Tel: Dirección: CR 8 # 58 B - 19 Departamento: CALDAS Municipio: MANIZALES

Observación:

PACIENTE QUE LLEGA A ENFERMERIA DE LA IPS INTERCONSULTAS CON ORDEN MEDICA DE REALIZAR TOMA DE EKG. SE SOLICITA AL USUARIO RETIRAR TODA LA ROPA DEL AREA TORACICA, RETIRAR OBJETOS METALICOS QUE PUEDAN TENER INTERFERENCIA CON EL TRAZADO. SE PROCEDE A REALIZAR PROCEDIMIENTO UTILIZANDO LOS CORRECTOS, SE UBICA PACIENTE EN CAMILLA EN POSICION DECUBITO SUPINO, UTILIZANDO LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD SE REALIZA TOMA DE EKG, SE PROCEDE A UBICAR LAS DERIVACIONES PRECORDIALES, SE IDENTIFICA LECTURA EN MONITOR Y SE TOMA EKG, SE RETIRAN ELECTRODOS Y SE SOLICITA AL PACIENTE VESTIRSE DE NUEVO. PROCEDIMIENTO BIEN TOLERADO, SIN COMPLICACIONES. SE DAN RECOMENDACIONES Y SE ENTREGA REPORTE DE EKG, EL PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.

Profesional: PAOLA TATIANA RAMIREZ GARCIA
Identificación: CC 1053837497 Registro: 1053837497
Teléfono: 3226040359 Dirección: CL 56 # 24-29
Ciudad: MANIZALES Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Firma:

I579637497F211109I750710538

Imprime: JUANDEOS Fecha de Impresión: 2024/02/05 08:22:07
IPS Imprime: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

IPS Seguimiento: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

NIT: 810005573

IPS Afiliado: (INTERCONSULTAS SAS SEDE 1)

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Fecha: 2020/05/20

Identificación: CC 75075796 Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Género: Masculino

Tel: Dirección: CR 8 # 58 B - 19 Departamento: CALDAS Municipio: MANIZALES

Observación:

PACIENTE QUE LLEGA A ENFERMERIA DE LA IPS INTERCONSULTAS CON ORDEN MEDICA DE REALIZAR GLUCOMETRIA, SE PROCEDE A REALIZAR EL PROCEDIMIENTO APLICANDO LOS CORRECTOS, SE UBICA PACIENTE EN POSICION FOWLER, UTILIZANDO MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD Y LA TECNICA ASEPTICA SE TOMA GLUCOMETRIA CON RESULTADO DE 112 MG/DL, PROCEDIMIENTO BIEN TOLERADO SIN COMPLICACIONES. SE ENTREGA REPORTE AL PACIENTE, PARA QUE SEA LLEVADO AL MEDICO TRATANTE . ENTIENDE Y ACEPTA

Profesional: JHOANA ANDREA GOMEZ BETANCUR Firma:

Identificación: CC 30393503 Registro: 31772

Teléfono: 8863020 Dirección: CL 56 # 24-29

Ciudad: MANIZALES Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

I57963503F200520I75073039

Imprime: JUANDEOS Fecha de Impresión: 2024/02/05 08:21:48

IPS Imprime: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

IPS Seguimiento: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1
NIT: 810005573
IPS Afiliado: (INTERCONSULTAS SAS SEDE 1)

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Fecha: 2020/02/15

Identificación: CC 75075796 Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Género: Masculino
Tel: Dirección: CR 8 # 58 B - 19 Departamento: CALDAS Municipio: MANIZALES

Observación:

PACIENTE QUE LLEGA A ENFERMERIA DE LA IPS INTERCONSULTAS CON ORDEN MEDICA DE REALIZAR AFINAMIENTO. QUINTO DIA . TRAS REPOSO DEL PACIENTE, SE PROCEDE A REALIZAR AFINAMIENTO, APLICANDO LOS CORRECTOS, SE UBICA PACIENTE EN POSICION FOWLER 108/70 SUPINO 102/80 , UTILIZANDO MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD SE REALIZA AFINAMIENTO, PROCEDIMIENTO BIEN TOLERADO SIN COMPLICACIONES. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, EL PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.
NOTA: SE INFORMO AL USUARIO QUE DEBE ASISTIR EN HORARIO DE GESTION DE SU MEDICO DE FAMILIA CON RESULTADOS DE AFINAMIENTO PARA DEFINIR CONDUCTA.

Profesional: PAULA ANDREA GUTIERREZ OSORIO
Identificación: CC 1130620055 Registro: 1130620055
Teléfono: 8863020 Dirección: CL 56 # 24-29
Ciudad: MANIZALES Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Firma:

I579620055F200215I750711306

Imprime: JUANDEOS Fecha de Impresión: 2024/02/05 08:21:39
IPS Imprime: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

IPS Seguimiento: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

NIT: 810005573

IPS Afiliado: (INTERCONSULTAS SAS SEDE 1)

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Fecha: 2020/02/14

Identificación: CC 75075796 Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Género: Masculino

Tel: Dirección: CR 8 # 58 B - 19 Departamento: CALDAS Municipio: MANIZALES

Observación:

PACIENTE QUE LLEGA A ENFERMERIA DE LA IPS INTERCONSULTAS CON ORDEN MEDICA DE REALIZAR AFINAMIENTO. CUARTO DIA . TRAS REPOSO DEL PACIENTE, SE PROCEDE A REALIZAR AFINAMIENTO, APLICANDO LOS CORRECTOS, SE UBICA PACIENTE EN POSICION FOWLER 120/80 SUPINO 120/70 , UTILIZANDO MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD SE REALIZA AFINAMIENTO, PROCEDIMIENTO BIEN TOLERADO SIN COMPLICACIONES. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, EL PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.

Profesional: JHOANA ANDREA GOMEZ BETANCUR Firma:

Identificación: CC 30393503 Registro: 31772

Teléfono: 8863020 Dirección: CL 56 # 24-29

Ciudad: MANIZALES Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

I57963503F200214I75073039

Imprime: JUANDEOS Fecha de Impresión: 2024/02/05 08:21:18

IPS Imprime: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

IPS Seguimiento: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1
NIT: 810005573
IPS Afiliado: (INTERCONSULTAS SAS SEDE 1)

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Fecha: 2020/02/13

Identificación: CC 75075796 Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Género: Masculino
Tel: Dirección: CR 8 # 58 B - 19 Departamento: CALDAS Municipio: MANIZALES

Observación:

PACIENTE QUE LLEGA A ENFERMERIA DE LA IPS INTERCONSULTAS CON ORDEN MEDICA DE REALIZAR AFINAMIENTO. TERCER DIA . TRAS REPOSO DEL PACIENTE, SE PROCEDE A REALIZAR AFINAMIENTO, APLICANDO LOS CORRECTOS, SE UBICA PACIENTE EN POSICION FOWLER 110/80 SUPINO 106/80 , UTILIZANDO MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD SE REALIZA AFINAMIENTO, PROCEDIMIENTO BIEN TOLERADO SIN COMPLICACIONES. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, EL PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.

Profesional: PAULA ANDREA GUTIERREZ OSORIO
Identificación: CC 1130620055 Registro: 1130620055
Teléfono: 8863020 Dirección: CL 56 # 24-29
Ciudad: MANIZALES Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Firma:

I579620055F200213I750711306

Imprime: JUANDEOS Fecha de Impresión: 2024/02/05 08:21:10
IPS Imprime: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

IPS Seguimiento: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1
NIT: 810005573
IPS Afiliado: (INTERCONSULTAS SAS SEDE 1)

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Fecha: 2020/02/12

Identificación: CC 75075796 Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Género: Masculino
Tel: Dirección: CR 8 # 58 B - 19 Departamento: CALDAS Municipio: MANIZALES

Observación:

PACIENTE QUE LLEGA A ENFERMERIA DE LA IPS INTERCONSULTAS CON ORDEN MEDICA DE REALIZAR AFINAMIENTO. SEGUNDO DIA . TRAS REPOSO DEL PACIENTE, SE PROCEDE A REALIZAR AFINAMIENTO, APLICANDO LOS CORRECTOS, SE UBICA PACIENTE EN POSICION FOWLER 122/80 SUPINO 110/80 , UTILIZANDO MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD SE REALIZA AFINAMIENTO, PROCEDIMIENTO BIEN TOLERADO SIN COMPLICACIONES. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, EL PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.

Profesional: PAULA ANDREA GUTIERREZ OSORIO
Identificación: CC 1130620055 Registro: 1130620055
Teléfono: 8863020 Dirección: CL 56 # 24-29
Ciudad: MANIZALES Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Firma:

I579620055F200212I750711306

Imprime: JUANDEOS Fecha de Impresión: 2024/02/05 08:21:02
IPS Imprime: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

IPS Seguimiento: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1
NIT: 810005573
IPS Afiliado: (INTERCONSULTAS SAS SEDE 1)

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Fecha: 2020/02/11

Identificación: CC 75075796 Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Género: Masculino
Tel: Dirección: CR 8 # 58 B - 19 Departamento: CALDAS Municipio: MANIZALES

Observación:

PACIENTE QUE LLEGA A ENFERMERIA DE LA IPS INTERCONSULTAS CON ORDEN MEDICA DE REALIZAR AFINAMIENTO. PRIMER DIA . TRAS REPOSO DEL PACIENTE, SE PROCEDE A REALIZAR AFINAMIENTO, APLICANDO LOS CORRECTOS, SE UBICA PACIENTE EN POSICION FOWLER 124/90 SUPINO 120/60 , UTILIZANDO MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD SE REALIZA AFINAMIENTO, PROCEDIMIENTO BIEN TOLERADO SIN COMPLICACIONES. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, EL PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.

Profesional: PAULA ANDREA GUTIERREZ OSORIO
Identificación: CC 1130620055 Registro: 1130620055
Teléfono: 8863020 Dirección: CL 56 # 24-29
Ciudad: MANIZALES Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Firma:

I579620055F200211I750711306

Imprime: JUANDEOS Fecha de Impresión: 2024/02/05 08:20:33
IPS Imprime: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

IPS Seguimiento: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1
NIT: 810005573
IPS Afiliado: (INTERCONSULTAS SAS SEDE 1)

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Fecha: 2020/02/11

Identificación: CC 75075796 Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Género: Masculino
Tel: Dirección: CR 8 # 58 B - 19 Departamento: CALDAS Municipio: MANIZALES

Observación:

PACIENTE QUE LLEGA A ENFERMERIA DE LA IPS INTERCONSULTAS CON ORDEN MEDICA DE REALIZAR AFINAMIENTO. PRIMER DIA . TRAS REPOSO DEL PACIENTE, SE PROCEDE A REALIZAR AFINAMIENTO, APLICANDO LOS CORRECTOS, SE UBICA PACIENTE EN POSICION FOWLER 124/90 SUPINO 120/60 , UTILIZANDO MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD SE REALIZA AFINAMIENTO, PROCEDIMIENTO BIEN TOLERADO SIN COMPLICACIONES. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, EL PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.

Profesional: PAULA ANDREA GUTIERREZ OSORIO
Identificación: CC 1130620055 Registro: 1130620055
Teléfono: 8863020 Dirección: CL 56 # 24-29
Ciudad: MANIZALES Especialidad: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Firma:

I579620055F200211I750711306

Imprime: JUANDEOS Fecha de Impresión: 2024/02/05 08:20:33
IPS Imprime: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

suramericana
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.

IPS Seguimiento: (2225) IPS AGUACATALA
NIT: 811007832
IPS Afiliado: (INTERCONSULTAS SAS SEDE 1)

HISTORIA MEDICINA LABORAL
Fecha: 2021/11/25

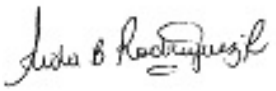
Identificación: CC 75075796 Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Género: Masculino
Tel: Dirección: CR 8 # 58 B - 19 Departamento: CALDAS Municipio: MANIZALES

Observación:

TRABAJADOR DE 46 AÑOS, CARGO: OPERARIO DE BONDERIZADOS. EMPRESA MABE. TIEMPO EN LA EMPRESA 24 AÑOS. DX SINDROME DE TUNEL CARPIANO LEVE DERECHO. TENDINITIS DE LOS FLEXOEXTENSORES DE LA MUÑECA DERECHA. ANTECEDENTE: HTA, OBESIDAD. SE CONSIDERA TRABAJADOR CON EXPOSICION SUFICIENTE A FACTORES DE RIESGO PARA PATOLOGIAS DE MIEMBROS SUPERIORES. SE ACEPTA CASO PARA CALIFICACION. SOLICITAR DOCUMENTOS A LAS PARTES.

Profesional: AIDA BIBIANA RODRIGUEZ ROJAS
Identificación: CC 52916906 Registro: 52916906
Teléfono: 2903052 Dirección: AV.AMERICAS # 64 A-39
Ciudad: BOGOTA Especialidad: SALUD OCUPACIONAL

Firma:



I57966906F211125I75075291

Imprime: JUANDEOS Fecha de Impresión: 2024/02/05 08:17:04
IPS Imprime: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

IPS Seguimiento: (154433) IPS VIRTUAL
NIT: 810005573
IPS Afiliado: (INTERCONSULTAS SAS SEDE 1)

HISTORIA MEDICINA LABORAL
Fecha: 2021/11/24

Identificación: CC 75075796 Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Género: Masculino
Tel: Dirección: CR 8 # 58 B - 19 Departamento: CALDAS Municipio: MANIZALES

Observación:

PACIENTE DE 46 AÑOS, CON MULTIPLES COMORBILIDADES. EN 02-2020 SE REALIZO PONENCIA PARA ESTUDIO DE ORIGEN, SIN CONOCER DICTAMEN HASTA EL MOMENTO POR LO CUAL SE SOLICITA INFORMACION A EPS. SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUE LAS RESTRICCIONES LABORALES SON EMITIDAS POR MEDICO LABORAL DE LA EMPRESA POR LO CUAL DEBE SOLICITAR VALORACION POR EL MIMSO. CONTINUAR MANEJO ESPECIALIZADO.

Profesional: MARIA EUGENIA HERNANDEZ DUQUE
Identificación: CC 1053767382 Registro: 1053767382
Teléfono: 8863020 Dirección: CL 56 # 24-29
Ciudad: MANIZALES Especialidad: MEDICINA GENERAL

Firma:

I579667382F211124I750710537

Imprime: JUANDEOS Fecha de Impresión: 2024/02/05 08:17:33
IPS Imprime: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

IPS Seguimiento: (154433) IPS VIRTUAL
NIT: 810005573
IPS Afiliado: (INTERCONSULTAS SAS SEDE 1)

HISTORIA MEDICINA LABORAL
Fecha: 2021/11/24

Identificación: CC 75075796 Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO Género: Masculino
Tel: Dirección: CR 8 # 58 B - 19 Departamento: CALDAS Municipio: MANIZALES

Observación:

PACIENTE DE 46 AÑOS, CON MULTIPLES COMORBILIDADES. EN 02-2020 SE REALIZO PONENCIA PARA ESTUDIO DE ORIGEN, SIN CONOCER DICTAMEN HASTA EL MOMENTO POR LO CUAL SE SOLICITA INFORMACION A EPS. SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUE LAS RESTRICCIONES LABORALES SON EMITIDAS POR MEDICO LABORAL DE LA EMPRESA POR LO CUAL DEBE SOLICITAR VALORACION POR EL MIMSO. CONTINUAR MANEJO ESPECIALIZADO.

Profesional: MARIA EUGENIA HERNANDEZ DUQUE
Identificación: CC 1053767382 Registro: 1053767382
Teléfono: 8863020 Dirección: CL 56 # 24-29
Ciudad: MANIZALES Especialidad: MEDICINA GENERAL

Firma:

I579667382F211124I750710537

Imprime: JUANDEOS Fecha de Impresión: 2024/02/05 08:17:33
IPS Imprime: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 48 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL NO PROGRAMADA **Orden:** 1712-223526002 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2023/02/27 18:43 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: No Disponible **Consentimiento Informado:** No Disponible
MC: No Disponible **EA:** No Disponible

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: No Evaluado **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio :** no evaluado **Gastrointestinal :** no evaluado **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: No Disponible

Profesional: MASIVO MASIVO MASIVO MASIVO
CC 12346 **Registro:**

Firma
I5796346F230227I750712

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

No se generaron Documentos para esta Orden

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 47 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: ARL
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 135577-1118000 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: IPS ATEL LA PRESENTACION MANIZALEZ **Fecha:** 2022/09/05 11:33 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ACCIDENTE DE TRABAJO **Consentimiento Informado:** NO
MC: CONTROL **EA:** CONTROL PRESENCIAL ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS C75075796 EXP 1610030852 AT: 06/08/2022 EMPRESA: MABE CARGO: OPERARIO DIAGNOSTICO: - TRAUMA SEVERO DE DEDOS - HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS - AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL LATERALIDAD IZUIERDA DIESTRO UEN: 611 DIAS IT: 30 DIAS EVENTO TIPO QH: DEL 08-08-22 AL 10-08-22 VIVES EN MANIZALES, CASADO, HIJO: 1 , ESCOLARIDAD ADMINISTRACIO N FINANCIERA, DIESTRO PAT. HTA CONTROLADA, QX: SAFENECTOMIA, ALERGIAS PENICILIDAD, TRAMADOL, TOX NO. FURAT : SE ENCONTRABA PULIENDO UNAS MUESTRAS DE POLIURETANO SE LE VA LA MANO IZQUIERDA MOLIÉNDOLE LOS DEDOS. TRAUMA DE MANO IZQUIERDA CON LESIÓN DE DORSO DE DEDOS 2,3,4,5 Y PERDIDA DE LA UÑA DE 2 Y 5 DEDO, PERDIDA DE PIEL DE TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y DE FALANGES DISTALES DE 3 Y 4 DEDO. MANEJO EN LA CLINCA SANTILLANA, VALORACION POR EL DR LOPEZ, QUIEN ENCUNTRA TRAUMA SEVERO DE DEDOS, HERIDAS DEDOS DE LA MANO CON DAÑOS DE LAS UÑAS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE 2 DEDOS DE LA MANO PARCIAL. MANEJO QH: REMODELACION DE MUÑON DE 3ER Y 4 DEDO MAS ROTACION DE COLGAJO VOLAR, RECONSTRUCCION DE LECHO UNGUEAL DE 2DO Y 5TO DEDO DE MANO IZQUIERDA SIN COMPLICACIONES +++ ME INDICA “QUE ESTA CON MUCHO DOLOR Y PARESTESIA EN LOS DEDOS, YA LE RETIRARON PUNTOS, ESTA CURACIONES, EN TERAPIAS FISICAS CON PSICOLOGÍA”

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: PTE ASISTE SOLO , BUENAS CONDICIONES DE SALUD **P.Sentado:** 120/80**. Temperatura Axilar:** 36.0 °C **Respiracion:** 18 /min **Pulso:** 80/min Ritmico **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio :** no evaluado **Gastrointestinal :** no evaluado **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular : Extremidades Superiores : Antebrazo :** Alterado, EN MANO IZQUIERDA CON EDEMA, NO CALOR LOCAL, DEDOS CUBIERTOS CON APOSITO, CON LIMITACION PARA LA MOVILIDAD DE LOS DEDOS. NO CAMBIOS EN LA PIEL. . **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: S682 AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE DOS O MÁS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL). Impresión diagnóstica

ARL SURA: **Expediente:** 1610030852 **Autorización:** 20001416

CONDUCTA DE LA CONSULTA: CONTINUA EN TRATAMIENTO (14198) - PTE CON TRAUMA SEVERO, ALTA COMPLEJIDAD, EN EL MOMENTO MUY ALGICO, EN MANEJO ANALGESICO Y PSICOLOGIA, ORTOPEDIA Y FISIATRIA. CON IT HASTA EL DIA 4 DE OCTUBRE 22, SE DA MANEJO CON DOLEX FORTE CADA 12 HORAS, PREGABALINA TAB 75 MG CADA NOCHE CURACIONES N5 CONTINUA EN TERAPIAS FISICAS. SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENACIONES DE SALUD, CONTROL EN 15 DIAS. , **REVISIÓN :** 20 Dias

Profesional: PAMELA LORENA ARIAS MORALES
CC 30235259 **Registro:** 16259

Firma
I57965259F220905I75073023

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:
Medicamentos Salud

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 47 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-179088602 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2022/08/06 13:41 **Estado:** ANULADA

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: No Disponible **Consentimiento Informado:** No Disponible
MC: No Disponible **EA:** No Disponible

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: No Evaluado **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio :** no evaluado **Gastrointestinal :** no evaluado **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: No Disponible

Profesional: MASIVO MASIVO MASIVO MASIVO
CC 12346 **Registro:**

Firma
I5796346F220806I750712

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

No se generaron Documentos para esta Orden

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 47 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-142881302 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2022/02/18 18:46 **Estado:** ANULADA

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: No Disponible **Consentimiento Informado:** No Disponible
MC: No Disponible **EA:** No Disponible

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: No Evaluado **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio :** no evaluado **Gastrointestinal :** no evaluado **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y**

Faneras : no evaluado

Dx: No Disponible

Profesional: MASIVO MASIVO MASIVO MASIVO
CC 12346 **Registro:**

Firma
I5796346F220218I750712

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

No se generaron Documentos para esta Orden

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 46 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-110419902 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2021/09/13 18:08 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: No Disponible **Consentimiento Informado:** No Disponible
MC: No Disponible **EA:** No Disponible

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: No Evaluado **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio :** no evaluado **Gastrointestinal :** no evaluado **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: No Disponible

Profesional: MASIVO MASIVO MASIVO MASIVO
CC 12346 **Registro:**

Firma
I5796346F210913I750712

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

No se generaron Documentos para esta Orden

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 46 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-103702602 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2021/08/10 12:45 **Estado:** ANULADA

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: No Disponible **Consentimiento Informado:** No Disponible
MC: No Disponible **EA:** No Disponible

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: No Evaluado **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio :** no evaluado **Gastrointestinal :** no evaluado **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: No Disponible

Profesional: MASIVO MASIVO MASIVO MASIVO
CC 12346 **Registro:**

Firma

I5796346F210810I750712

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

No se generaron Documentos para esta Orden

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 45 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-654269200 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2020/02/15 08:19 **Estado:** ORDEN GENERADA POR CITA PENDIENTE POR ATENDER

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: No Disponible **Consentimiento Informado:** No Disponible
MC: No Disponible **EA:** No Disponible

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: No Evaluado **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio :** no evaluado **Gastrointestinal :** no evaluado **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: No Disponible

Profesional: DANIELA PINILLA BALLEN
CC 1032466800 **Registro:** 1032466800

Daniela Pinilla Ballen

I579666800F200215I750710324

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

No se generaron Documentos para esta Orden

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 45 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-650870200 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2020/02/04 14:16 **Estado:** ORDEN GENERADA POR CITA PENDIENTE POR ATENDER

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: No Disponible **Consentimiento Informado:** No Disponible
MC: No Disponible **EA:** No Disponible

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: No Evaluado **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio :** no evaluado **Gastrointestinal :** no evaluado **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: No Disponible

Profesional: DANIELA PINILLA BALLEN
CC 1032466800 **Registro:** 1032466800

I579666800F200204I750710324

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

No se generaron Documentos para esta Orden

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 45 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-635006500 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2019/12/03 17:59 **Estado:** ANULADA

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: No Disponible **Consentimiento Informado:** No Disponible
MC: No Disponible **EA:** No Disponible

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: No Evaluado **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio :** no evaluado **Gastrointestinal :** no evaluado **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: No Disponible

Profesional: DANIELA PINILLA BALLEN
CC 1032466800 **Registro:** 1032466800

I579666800F191203I750710324

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

No se generaron Documentos para esta Orden

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 43 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-441486700 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2018/02/09 10:42 **Estado:** ANULADA

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

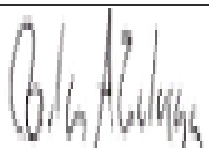
Motivo Que Origina la Consulta: No Disponible **Consentimiento Informado:** No Disponible
MC: No Disponible **EA:** No Disponible

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: No Evaluado **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio :** no evaluado **Gastrointestinal :** no evaluado **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: No Disponible

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308



I57965551F180209I75077509

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

No se generaron Documentos para esta Orden

EPS SURAMERICANA S.A.

Observaciones de la Consulta
Orden: 1712-369433600

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Observaciones	Profesional	ID Profesional
1.	05/05/2017 09:50 AM	PACIENTE QUIEN PERSISTE CON MAREOS SUFRE DE DISLIPIDEMIA REQUIERE EXAMENES DE CONTROL ULTIMOS HACE 3 MESES ALTERADOS.	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	75095551
2.	05/05/2017 09:52 AM	se recomienda realizar actividades que no impliquen: Tareas en alturas o con riesgo de caídas. Conducir vehículos. Manipular elementos corto punzantes con riesgo para sí mismo o los demás	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	75095551

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308 I57965551F170505I75077509

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Fecha: 2017/05/05 **Fórmula:** 1712-18064912 **Estado Orden:** (7) Impreso

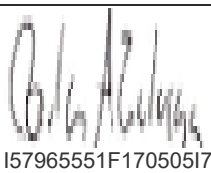
Identificación: CC 75075796 **Nombre:** JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO
Tipo Atención: ENFERMEDAD GENERAL **CódigoDx:** B49X **Grupo de Ingreso:** A

Medicamento: 4136 CLOTRIMAZOL 1/100 G/G CREMA TOPICA X 40 G Vía admon: TOPICA (EXTERNA)
Cantidad: 1 TUBOS **Dosificación:** 1 APLICACIONES cada 8 Horas durante 10 Dias.
Profesional Prescribe: CC 75095551 CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
/**********/

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

AFILIADO

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308



I57965551F170505I75077509

NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS

Punto de Entrega:

Fecha Entrega: **Sello:**

Este documento tiene vigencia de **Tres Días Hábiles** contados a partir de la fecha de expedición.
Original Afiliado-Copia Proveedor.

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 42 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-369433600 **Tipo Consulta:** No Disponible

IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2017/05/05 09:42 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL **Consentimiento Informado:** SI

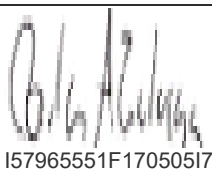
MC: CONTROL **EA:** PACIENTE TRAE AUDIOMETRIA DEL 17 DE ABRIL DEL 2017 DE CARACTERISTICAS NORMALES, EL PACIENTE TIENE ANTECEDENTE DE HIPERCOLESTEROLEMIA EN MANEJO CON GEMFIBROZILO. PATOLOGICOS DISLIPIDEMIA ALERGICOS-

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE FLUIDO, ALERTA, COMPRENDE, PARES CRANEANOS SIN COMPROMISO, GLASGOW 15/15, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ **Peso:** 89.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 120/80**. Temperatura Axilar:** 37.0 °C **Respiracion:** 19 /min **Pulso:** 86/min Ritmico **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO. **Pulmones :** normal **Mamas :** normal **Vascular Periférico :** normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.. **Recto/Ano :** normal **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx:
E781 HIPERGLICERIDEMIA PURA. Impresión diagnóstica
E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA. Impresión diagnóstica
B49X MICOSIS, NO ESPECIFICADA. Impresión diagnóstica

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308



I57965551F170505I75077509

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:
Medicamentos Observaciones AyudasDx

EPS SURAMERICANA S.A.

Recomendaciones de la Consulta
Orden: 1712-353722800

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Recomendaciones
1.	22/02/2017 05:36 PM	se recomienda realizar actividades que no impliquen: Posiciones de rodillas o cunclillas. Marchas continuas superiores a 30 minutos, por terreno irregular y por pendientes. Subir y bajar escaleras repetitivamente. Levantar pesos superiores a 12 kg.

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308 I57965551F170222I75077509

EPS SURAMERICANA S.A.

Observaciones de la Consulta
Orden: 1712-353722800

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Observaciones	Profesional	ID Profesional
1.	22/02/2017 05:36 PM	se recomienda realizar actividades que no impliquen: Posiciones de rodillas o cunclillas. Marchas continuas superiores a 30 minutos, por terreno irregular y por pendientes. Subir y bajar escaleras repetitivamente. Levantar pesos superiores a 12 kg.	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	75095551
2.	22/02/2017 05:37 PM	PACIENTE CON CIRUGIA DE RODILLA RECIENTE EN BUENAS CONDICIONES MEJORIA CLINCA, SE DAN RECOMENDACIONES.	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	75095551

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308 I57965551F170222I75077509

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 42 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-353722800 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2017/02/22 17:23 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL **Consentimiento Informado:** SI

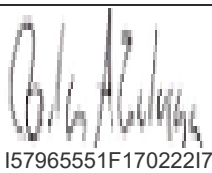
MC: CONTROL **EA:** PACIENTE A QUIEN LE HICIERON ARTROSCOPIA DE RODILLA VIENE PARA CONTROL, MANIFIESTA QUE TUVO DOLOR EN RODILLA EL SABADO PASADO PERO HA PRESENTADO MEJORIA.

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE FLUIDO, ALERTA, COMPRENDE, PARES CRANEANOS SIN COMPROMISO, GLASGOW 15/15, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ **Peso:** 88.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 110/70**. Temperatura Axilar:** 37.0 °C **Respiracion:** 17 /min **Pulso:** 78/min Ritmico **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO. **Pulmones :** normal **Mamas :** normal **Vascular Periférico :** normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.. **Recto/Ano :** normal **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** normal **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: M255 DOLOR EN ARTICULACIÓN. Impresión diagnóstica

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308



I57965551F170222I75077509

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:
Recomendaciones Observaciones

EPS SURAMERICANA S.A.

Observaciones de la Consulta
Orden: 1712-351497200

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Observaciones	Profesional	ID Profesional
1.	10/02/2017 07:42 AM	SE SOLCITAN PARACLNICOS, CONTROL CON RESULTADOS.	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	75095551

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308 I57965551F170210I75077509

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 42 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-351497200 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2017/02/10 07:31 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL **Consentimiento Informado:** SI

MC: SUDORACION **EA:** PACIENTE QUIEN PRESENTO SUDORACION EXCESIVA EN LA NOCHE, NO OTRA SINTOMATOLOGIA.

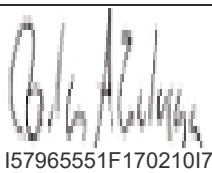
PATOLOGICOS- ALERGICOS-

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE FLUIDO, ALERTA, COMPRENDE, PARES CRANEANOS SIN COMPROMISO, GLASGOW 15/15, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ **Peso:** 87.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 110/70**. Temperatura Axilar:** 37.0 °C **Respiracion:** 17 /min **Pulso:** 76/min Ritmico **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO. **Pulmones :** normal **Mamas :** normal **Vascular Periférico :** normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.. **Recto/Ano :** normal **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: R619 HIPERHIDROSIS, NO ESPECIFICADA. Impresión diagnóstica

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308



I57965551F170210I75077509

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:
Observaciones AyudasDx

EPS SURAMERICANA S.A.

Observaciones de la Consulta
Orden: 1712-348166200

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Observaciones	Profesional	ID Profesional
1.	27/01/2017 08:01 AM	CONTROL EL PROXIMO MIERCOLES PARA DETERMINAR SI REQUIERE INCAPACIDAD.	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	75095551
2.	31/01/2017 08:43 AM	PACIENTE QUIEN CONTINUA CON INESTABILDIAD EN LA MARCHA, EMPIEZA LAS TERAPIAS FISICAS, SE DA INCAPACIDAD POR 7 DIAS MAS.	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	75095551

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308 I57965551F170127I75077509

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 42 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-348166200 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2017/01/27 07:50 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL **Consentimiento Informado:** SI

MC: CONTROL **EA:** PACIENTE A QUIEN LE HICEIRON CIRUGIA DE RELAJACION DE RETINACULO, EL PACIENTE MANIFIESTA QUE SE SIENTE BIEN PARA CAMINAR PERO NO PARA SUBIR Y BAJAR ESCALERAS, ESTA PENDIENTE INICIO DE TERPIAS FISICAS PARA FORTALECIMIENTO DE VASTO OBLICUO INTERNO DERECHO EN EXTENSION PARA MEJORAR PROPIOCEPCION, FORTALECIMIENTO DE CUADRICEPS MEDISO FISICAS PARA MANEJO DEL DOLOR. TIENE INCAPACIDAD HASTA EL 31 DE ENERO.

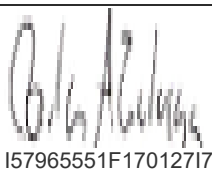
Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE FLUIDO, ALERTA, COMPRENDE, PARES CRANEANOS SIN COMPROMISO, GLASGOW 15/15, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ **Peso:** 85.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 110/70**. Temperatura Axilar:** 37.0 °C **Respiracion:** 19 /min **Pulso:** 80/min Ritmico **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO. **Pulmones :** normal **Mamas :** normal **Vascular**

Periférico : normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.. **Recto/Ano :** normal **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular : Columna :** normal **Articulaciones :** normal **Extremidades :** normal **Extremidades Superiores :** normal **Tronco :** normal **Extremidades Inferiores : Otros :** DOLOR AL REALZIAR MOVIMIENTOS DE FLEXOEXTENSION DE RODILLA IZQUIERDA. **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: M222 TRASTORNOS ROTULOFEMORALES. Impresión diagnóstica

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308



I57965551F17012717507750 9

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:
Observaciones

EPS SURAMERICANA S.A.

Observaciones de la Consulta
Orden: 1712-329291100

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Observaciones	Profesional	ID Profesional
1.	27/10/2016 07:21 AM	SE REMITE A ORTOPEDIA, SE REFORMULA ESOMPERAZOL 40 MG DIARIOS, SE SOLCITAN PARACLNCOS POR MAREO Y APARENTE HGIPOACUSIA	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	75095551
2.	27/10/2016 07:22 AM	se recomienda realizar actividades que no impliquen: Posiciones de rodillas o cunclillas. Marchas continuas superiores a 30 minutos, por terreno irregular y por pendientes. Subir y bajar escaleras repetitivamente. Levantar pesos superiores a 12 kg	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	75095551

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308 I57965551F161027I75077509

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 41 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-329291100 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2016/10/27 07:06 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL **Consentimiento Informado:** SI

MC: VERTIGO **EA:** CUADRO CLINCO DE UN MES CONSISTENTE EN SENSACION ILUSORIA DE MOVIMIENTO DE LAS COSAS, , MAREO, NO CEFALEA,NO INESTABILIDAD, EL MAREO ES GENERALMENTE CUANDO SE ACUESTA. MANIFIESTA MOLESTIA EN EL OIDO. TRAE ENDOSCOPIA DEL 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2016 CON GASTROPATIA CRONICA Y EROSIVA ANTRAL LEVE, BIOPSIA GASTRITIS CRONICA LEVE NEGATIVA PARA HELICOBACTER, MANIFIESTA MEJORIA CON ESOMPERAZOL. ESTA PENDIENTE CIRUGIA PARA RESECCION ENDOSCOPICA DE POLIPO EN CUERDAS VOCALES. TIENE RESONANCIA MAGNETICA DEL RODILLA IZQUIRDA DEL 11 DE OCTUBRE DEL 2016 DONDE SE CONCLUYE EXOSTOSIS EN EL CONTORNO ANTERIOR DE LA ROTULA TENDINOSIS ROTULIANA HACIA INCERSION PATELAR , INCIPIENTE GONARTROSIS, BURSISITS SUPRARROTULIANA GANGLION SINOVIAL HACIA LA INCERSION DEL LCP

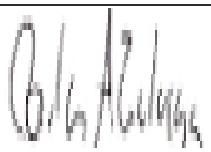
Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE FLUIDO, ALERTA, COMPRENDE, PARES CRANEANOS SIN COMPROMISO, GLASGOW 15/15, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ **Peso:** 87.5Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 110/70**. Temperatura Axilar:** 37.0 °C **Respiracion:** 17 /min **Pulso:** 87/min Ritmico **Examen Físico : Cabeza Cuello OS : Ojos : Generales : Otros :** OIDOS SIN SIGNOS DE INFECCION NI DE INFLAMACION , MEMBRANA TIMPANICA DE ASPECTO SANO, NO PERFORACION APARENTE, NARIZ TABIQUE CENTRAL NO RINORREA, OROFARINGE SIN SIGNOS DE INFECCION NI DE INFLAMACION, CUELLO CENTRAL MOVIL SIN ADENOPATIAS CERVICALES.. **Fondo de Ojo :** normal **Nariz :** normal **Oidos :** normal **Boca :** normal **Cuello :** normal **Craneo :** normal **Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO. **Pulmones :** normal **Mamas :** normal **Vascular Periférico :** normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA

PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.. **Recto/Ano :** normal **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** normal **Neurológico :** normal **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: **M255** DOLOR EN ARTICULACIÓN. Impresión diagnóstica
R42X MAREO Y DESVANECIMIENTO. Impresión diagnóstica
K297 GASTRITIS, NO ESPECIFICADA. Impresión diagnóstica

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308



I57965551F16102717507750 9

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:
Observaciones AyudasDx

EPS SURAMERICANA S.A.

Recomendaciones de la Consulta
Orden: 1712-320767300

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Recomendaciones
1.	12/09/2016 07:36 PM	SE RECOMIENDA LA TOMA DE MEDICACION SEGÚN EL HORARIO Y LOS DIAS INDICADOS DEBE EVITAR: TAREAS EN ALTURAS O CON RIESGO DE CAÍDAS. CONDUCIR VEHÍCULOS. MANIPULAR ELEMENTOS CORTO PUNZANTES CON RIESGO PARA SÍ MISMO O LOS DEMÁS.

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: DAYANNE GONZALEZ LOZANO
CC 1053799677 **Registro:** 17292 I579699677F160912I750710537

EPS SURAMERICANA S.A.

Observaciones de la Consulta
Orden: 1712-320767300

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Observaciones	Profesional	ID Profesional
1.	12/09/2016 07:37 PM	PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD, QUIEN PRESENTA CUADRO DE MAREO SUGESTIVO DE VERTIGO CON ANTECDENTE DE DM TIPO II EN EL MOMENTO AFEBRIL, SIN SIRS, ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE. CON EXAMEN FISICO DESCRITO ANTERIORMENTE. SE DA MANEJO MEDICO Y SINTOMATICO. SE SOLICITA GLUCOSA EN AYUNAS. SE EXPLICAN LAS RECOMENDACIONES GENERALES Y LOS SIGNOS DE ALARMA DE SU ENFERMEDAD. PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR LA CONDUCTA.	DAYANNE GONZALEZ LOZANO	1053799677
2.	13/09/2016 11:54 AM	SE REVISA GLUCOSA EN AYUNAS QUE SE ENCUENTRA NORMAL EN 109. SE AVISA A PACIENTE RESULTADO DE PARACLINICO Y QUE EN EL MOMENTO SE DESCARTA ALTERACION METABOLICA. DEBE CONTINUAR MANEJO INSTAURADO,	DAYANNE GONZALEZ LOZANO	1053799677

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: DAYANNE GONZALEZ LOZANO
CC 1053799677 **Registro:** 17292 I579699677F160912I750710537

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Fecha: 2016/09/12 **Fórmula:** 1712-3057712 **Estado Orden:** (7) Impreso

Identificación: CC 75075796 **Nombre:** JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO
Tipo Atención: ENFERMEDAD GENERAL **CódigoDx:** H811 **Grupo de Ingreso:** B

AFILIADO

Medicamento: 3034 DIFENHIDRAMINA 50 MG CAPSULA DURA Vía admon: ORAL
Cantidad: 8 CAPSULAS **Dosificación:** 1 CAPSULAS cada 12 Horas durante 4 Dias.
Profesional Prescribe: CC 1053799677 DAYANNE GONZALEZ LOZANO

Medicamento: 5030 NAPROXENO SODICO 250 MG TABLETA Vía admon: ORAL
Cantidad: 9 TABLETAS **Dosificación:** 1 TABLETAS cada 8 Horas durante 3 Dias.
Profesional Prescribe: CC 1053799677 DAYANNE GONZALEZ LOZANO

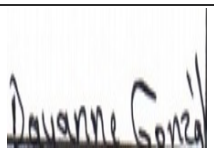
Medicamento: 9025 DEXAMETASONA FOSFATO 4 MG/ML SOLUCION INYECTABLE X1ML Vía admon:

INTRAMUSCULAR

Cantidad: 2 AMPOLLAS **Dosificación:** 1 AMPOLLAS cada 24 Horas durante 2 Dias.
Profesional Prescribe: CC 1053799677 DAYANNE GONZALEZ LOZANO

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: DAYANNE GONZALEZ LOZANO
CC 1053799677 **Registro:**17292



I579699677F160912I750710537

NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS

Punto de Entrega:

Fecha Entrega: **Sello:**

Este documento tiene vigencia de **Tres Días Hábiles** contados a partir de la fecha de expedición.
Original Afiliado-Copia Proveedor.

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 41 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL NO PROGRAMADA **Orden:** 1712-320767300 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2016/09/12 19:21 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL **Consentimiento Informado:** SI

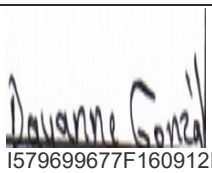
MC: ESTOY MAREADO **EA:** PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD, TIENE COMO OCUPACION ANALISTA DE PROCESOS, QUIEN ASISTE A CONSULTA POR CUADRO DE UN DIA DE EVOLUCION, CONSISTENTE EN LA PRESENCIA DE MAREO "TODO ME DA VUELTAS" ADEMAS DE NAUSEAS, Y EMESIS EN 2 OCASIONES. NIEGA FIEBRE, SANGRADOS, DISNEA U OTRAS ALTERACIONES. MANIFIESTA QUE HA ESTADO TOMANDO ANALGESICOS SIN OBTENER MEJORIA. REVISION POR SISTEMAS: NEG ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: DISLIPIDEMIA- OBESIDAD QUIRURGICOS: NEG ALERGICOS: NEG AF FLIARES DM TIPO II EN PADRE

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES DE SALUD, ALERTA, AFEBRIL, MUCOSAS ROSADAS HUMEDAS. **Peso:** 85.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 120/80**. Temperatura Axilar:** 36.5 °C **Respiracion:** 20 /min **Pulso:** 89/min Ritmico MAREADO ALGICO **Escala Análoga del dolor:** 7 **Examen Físico : Cabeza Cuello OS : Ojos :** normal **Nariz :** normal **Oidos : Otros :** MANIOBRAS VERTIGINOSAS POSITIVAS. OIDOS SANOS. . **Boca :** normal **Cuello :** normal **Craneo :** normal **Cardiorespiratorio : Corazón :** normal **Pulmones : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS RITMICOS, SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS. . **Vascular Periférico :** normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS, NI MEGALIAS, NO DOLOROSO, SIN SIGNOS DE IRRITACION. PERISTALTISMO PRESENTE. . **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico : Función Cerebral : Otros :** ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN ALTERACIONES EN LA SENSIBILIDAD NI EN LA CONDUCTA MOTORA. REFLEJOS PRESENTES.. **Reflejos :** normal **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** normal

Dx: **H811** VÉRTIGO PAROXÍSTICO BENIGNO. Impresión diagnóstica
R51X CEFALEA. Impresión diagnóstica

Profesional: DAYANNE GONZALEZ LOZANO
CC 1053799677 **Registro:** 17292



I579699677F160912I750710537

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:
Medicamentos **Recomendaciones** **Observaciones** **AyudasDx**

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 41 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-320098000 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2016/09/08 17:52 **Estado:** ORDEN GENERADA POR CITA PENDIENTE POR ATENDER

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

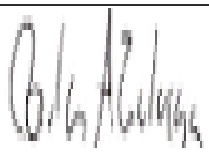
Motivo Que Origina la Consulta: No Disponible **Consentimiento Informado:** No Disponible
MC: No Disponible **EA:** No Disponible

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: No Evaluado **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio :** no evaluado **Gastrointestinal :** no evaluado **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: No Disponible

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308



I57965551F160908I75077509

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

No se generaron Documentos para esta Orden

EPS SURAMERICANA S.A.

Recomendaciones de la Consulta
Orden: 1712-294120900
IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Recomendaciones
1.	18/05/2016 03:34 PM	Liquidos abundantes, bebidas dulces, no frias, evitar cambios de temperatura y corrientes de aire frio.

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: ANDRES MAURICIO TIQUE ALVIAR
CC 75102721 **Registro:** 16472 I57962721F160518I75077510

EPS SURAMERICANA S.A.

Observaciones de la Consulta
Orden: 1712-294120900
IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Observaciones	Profesional	ID Profesional
1.	18/05/2016 03:34 PM	Se mencionan hallazgos, se explica enfermedad, se menciona conducta a tomar, paciente entiende comprende y acepta el mismo. Se dan recomendaciones y signo de reconsulta claros.	ANDRES MAURICIO TIQUE ALVIAR	75102721

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: ANDRES MAURICIO TIQUE ALVIAR
CC 75102721 **Registro:** 16472 I57962721F160518I75077510

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

IPS ATIENDE: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Orden:** 1712-294120900 **Fecha:** 2016/05/18

1. Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **2. Sexo:** M **3. Edad:** 41 Años
4. Dirección Res: , MANIZALES **5. Teléfono Residencia:**

7. Diagnóstico Presuntivo
No autorizo: (J019) SINUSITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA. Impresión diagnóstica

8. Resultado Ayudas Diagnósticas

9. Diagnóstico Definitivo

10. Fecha de Reporte a Secretaría de Salud	2024/02/05
11. Reportado por	ANDRES MAURICIO TIQUE ALVIAR
12. Identificado con	CC 75102721

Yo **JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO** certifico que: He sido informado (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de notificaciones en epidemiología y adicionalmente he sido informado acerca de la solicitud de pruebas diagnósticas, su interpretación, sus limitaciones y su riesgo, y que entiendo su contenido incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de las pruebas. Según los diagnósticos que elegí, autorizo para que sean realizadas las notificaciones epidemiológicas pertinentes dentro y fuera de esta institución guardando la reserva necesaria.

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO CC 75075796, **Firma:**

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: ANDRES MAURICIO TIQUE ALVIAR
CC 75102721 **Registro:** 16472

I57962721F160518I75077510

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Fecha: 2016/05/18 **Fórmula:** 1712-294139210 **Estado Orden:** (7) Impreso

Identificación: CC 75075796 **Nombre:** JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO
Tipo Atención: ENFERMEDAD GENERAL **CódigoDx:** J019 **Grupo de Ingreso:** A

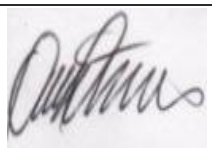
Medicamento: 5015 DICLOFENACO SODICO 75/3 MG/ML SOLUCION INYECTABLE Vía admon: INTRAMUSCULAR
Cantidad: 1 AMPOLLAS **Dosificación:** 1 AMPOLLAS cada 24 Horas durante 1 Dias.
Profesional Prescribe: CC 75102721 ANDRES MAURICIO TIQUE ALVIAR

Medicamento: 4067 ERITROMICINA 500 MG TABLETA Vía admon: ORAL
Cantidad: 28 TABLETAS **Dosificación:** 1 TABLETAS cada 6 Horas durante 7 Dias.
Profesional Prescribe: CC 75102721 ANDRES MAURICIO TIQUE ALVIAR

Medicamento: 16137 ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA Vía admon: ORAL
Cantidad: 20 TABLETAS **Dosificación:** 1 TABLETAS cada 6 Horas durante 5 Dias.
Profesional Prescribe: CC 75102721 ANDRES MAURICIO TIQUE ALVIAR

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: ANDRES MAURICIO TIQUE ALVIAR
CC 75102721 **Registro:** 16472



I57962721F160518I75077510

NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS

Punto de Entrega:

Fecha Entrega: **Sello:**

Este documento tiene vigencia de **Tres Días Hábiles** contados a partir de la fecha de expedición.
Original Afiliado-Copia Proveedor.

AFILIADO

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Fecha: 2016/05/18 **Fórmula:** 1712-294139210 **Estado Orden:** (7) Impreso

Identificación: CC 75075796 **Nombre:** JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO
Tipo Atención: ENFERMEDAD GENERAL **CódigoDx:** J019 **Grupo de Ingreso:** A

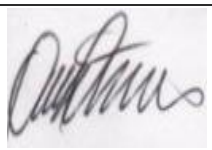
Medicamento: 3004 CLORFENIRAMINA 4 MG TABLETA Vía admon: ORAL
Cantidad: 10 TABLETAS **Dosificación:** 1 TABLETAS cada 12 Horas durante 5 Dias.
Profesional Prescribe: CC 75102721 ANDRES MAURICIO TIQUE ALVIAR

/**********/

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

AFILIADO

Profesional: ANDRES MAURICIO TIQUE ALVIAR
CC 75102721 **Registro:** 16472



I57962721F160518I75077510

NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS

Punto de Entrega:

Fecha Entrega: **Sello:**

Este documento tiene vigencia de **Tres Días Hábiles** contados a partir de la fecha de expedición.
Original Afiliado-Copia Proveedor.

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 41 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL NO PROGRAMADA **Orden:** 1712-294120900 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2016/05/18 15:24 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL **Consentimiento Informado:** SI

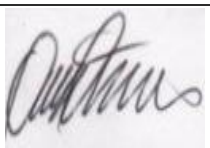
MC: Dolor **EA:** Cuadro de tres dias de evolucion consistente en dolor en region frontal, manejo con dristan sinus y vaporizaciones sin mejoria, no otros sintomas, alergia a PENICILINAS, uso habitual de gemfibrozilo por dislipidemia, antecedentes quirurgicos de reseccion frenillo peneado, se desempeña como empleado

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: Alerta conciente orientado colaborador, mucosas humedas rosadas no disnea **Peso:** 85.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 118/76**. Temperatura Axilar:** 36.8 °C **Respiracion:** 24 /min **Pulso:** 72/min Ritmico **Examen Físico : Cabeza Cuello OS : Nariz : Otros :** Rinorrea escasa, puntos de valleix dolorosos. **Boca : Otros :** Faringe con escurrimiento posterior. **Cuello : Otros :** Movil no masas no megalias no soplos. **Cardiorespiratorio : Corazón : Auscultación : Otros :** Ruidos cardiacos ritmicos no soplos. **Pulmones : Auscultación : Otros :** Murmullo vesicular limpio no disminuido. **Gastrointestinal :** no evaluado **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular : Extremidades : Otros :** Moviles simetricas pulsos distales presentes. **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: J019 SINUSITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA. Impresión diagnóstica

Profesional: ANDRES MAURICIO TIQUE ALVIAR
CC 75102721 **Registro:** 16472



I57962721F160518I75077510

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:
Medicamentos Reporte Epidemiologico Recomendaciones Observaciones

EPS SURAMERICANA S.A.

Observaciones de la Consulta
Orden: 1712-288428100
IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Observaciones	Profesional	ID Profesional
1.	25/04/2016 11:14 AM	SE REMITE A ORTOPEDIA, SE FORMULA OMEPRAZOL CADA 12 HORAS PENDIENTE CITA CON OTORRINOLARINGOLOGIA.	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	75095551

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308 I57965551F160425I75077509

EPS sura

Remisión: 1712-302774700
Orden: 0
NIT. 800088702
Fecha: 2016/06/22
Impreso

Identificación: CC 75075796
Tipo Atención: ENFERMEDAD GENERAL
Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO
IPS Genera: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1
Edad: 41 Años

Para: CONSULTA ORTOPEDIA

MC: CONTROL **EA**: CONTROL PACIENTE QUIEN TRAE RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA, TRAE GAMAGRAFIA DEL 11 DE MARZO DEL 2016 POSITIVA PARA REFLUJO GASTROESOFAGICO, RETRDO DEL VACIEMIENTO GASTRICO PARA LIQUIDOS. TRAE TAMBIEN NASOFIBROLARINGOSCOPIA DONDE ENCUENTRAN SEPTUM CON DESVIACION AREA III DERECHA CORNETES HIPERTROFICOS, TROMPA DE EUSTAQUIO PERMEABLE BILATERAL, COANAS LIMPIAS NSA

Resumen de Hallazgos Importantes: **Signos Vitales: Descripción:** PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ **Peso:** 86.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 120/80. **Temperatura Axilar:** 37.0 °C **Respiracion:** 17 /min **Pulso:** 76/min Ritmico **Examen Físico : Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO. **Pulmones :** normal **Mamas :** normal **Vascular Periférico :** normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.. **Recto/Ano :** normal **Osteomuscular : Columna :** normal **Articulaciones :** normal **Extremidades :** normal **Extremidades Superiores :** normal **Tronco :** normal **Extremidades Inferiores : Otros :** PRESENTA APARENTE DEFORMIDAD EN ROTULA.

Diagnóstico Provisional: (M255) DOLOR EN ARTICULACIÓN

Motivo: DEFORMIDAD Y DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA.

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro**: 16308

I57965551F160622I75077509

EPS sura

Remisión: 1712-288428200
Orden: 1712-288428100
NIT. 800088702
Fecha: 2016/04/25
Anulado

Identificación: CC 75075796
Tipo Atención: ENFERMEDAD GENERAL
Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO
IPS Genera: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1
Edad: 41 Años

Para: CONSULTA ORTOPEDIA

MC: CONTROL **EA**: CONTROL PACIENTE QUIEN TRAE RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA, TRAE GAMAGRAFIA DEL 11 DE MARZO DEL 2016 POSITIVA PARA REFLUJO GASTROESOFAGICO, RETRDO DEL VACIEMIENTO GASTRICO PARA LIQUIDOS. TRAE TAMBIEN NASOFIBROLARINGOSCOPIA DONDE ENCUENTRAN SEPTUM CON DESVIACION AREA III DERECHA CORNETES HIPERTROFICOS, TROMPA DE EUSTAQUIO PERMEABLE BILATERAL, COANAS LIMPIAS NSA

Resumen de Hallazgos Importantes: **Signos Vitales: Descripción:** PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ **Peso:** 86.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 120/80. **Temperatura Axilar:** 37.0 °C **Respiracion:** 17 /min **Pulso:** 76/min Ritmico **Examen Físico : Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO. **Pulmones :** normal **Mamas :** normal **Vascular Periférico :** normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.. **Recto/Ano :** normal **Osteomuscular : Columna :** normal **Articulaciones :** normal **Extremidades :** normal **Extremidades Superiores :** normal **Tronco :** normal **Extremidades Inferiores : Otros :** PRESENTA APARENTE DEFORMIDAD EN ROTULA.

Diagnóstico Provisional: (M255) DOLOR EN ARTICULACIÓN

Motivo: DEFORMIDAD Y DOLOR EN RODILLA IZQUIERDA.

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro**: 16308

I57965551F160425I75077509

IPS Interconsultas

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1
NIT. 810005573
Fecha: 2016/04/25 **Fórmula:** 1712-288428310 **Estado Orden:** (7) Impreso

AFILI

Identificación: CC 75075796 **Nombre:** JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO
Tipo Atención: ENFERMEDAD GENERAL **CódigoDx:** K297 **Grupo de Ingreso:** A

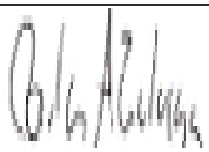
A D O

Medicamento: 8051 OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA DURA Vía admon: ORAL
Cantidad: 60 CAPSULAS **Dosificación:** 1 CAPSULAS cada 12 Horas durante 30 Dias.
RAF (1 de 3) Inicio Tratamiento: 2016-04-25 11:14:14.0 Fin Tratamiento: 2016-08-03 11:14:14.0 Fecha proxima entrega: 2016-05-25 11:15:09.0 Al finalizar el tratamiento: Renovacion continua
Profesional Prescribe: CC 75095551 CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
Observación: UNA CAD 12 HORAS

/************/**

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308



I57965551F160425I75077509

NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS

Punto de Entrega:

Fecha Entrega: **Sello:**

Este documento tiene vigencia de **Tres Días Hábiles** contados a partir de la fecha de expedición.
Original Afiliado-Copia Proveedor.

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 41 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-288428100 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2016/04/25 10:59 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL **Consentimiento Informado:** SI

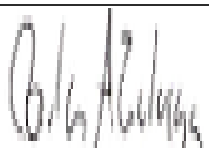
MC: CONTROL **EA:** CONTROL PACIENTE QUIEN TRAE RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA, TRAE GAMAGRAFIA DEL 11 DE MARZO DEL 2016 POSITIVA PARA REFLUJO GASTROESOFAGICO, RETRDO DEL VACIEMIENTO GASTRICO PARA LIQUIDOS. TRAE TAMBIEN NASOFIBROLARINGOSCOPIA DONDE ENCUENTRAN SEPTUM CON DESVIACION AREA III DERECHA CORNETES HIPERTROFICOS, TROMPA DE EUSTAQUIO PERMEABLE BILATERAL, COANAS LIMPIAS NSA<OFARINGE CON MUCOSA NORMAL, BASE DE LENGUA CON MALLAMPATI GIII Y UNA PARED POSTERIOR NORMAL, SUPRAGLOTIS MUESTRA UNA EPIGLOTIS NORMAL, CON VALLECULAS Y SENOS PIRIFORMES LIBRES, LOS PLIEGUES VOCALES TIENEN UN BORDE LIBRE APARENTMENTE LISO PERO SE APRECIA LESION DE ASPECTO POLIPOIDE GRISACEA SOBRE EL PLIEGUE VOCAL DERECHO EMERGIENDO DEL VENTRICULO HACIA LA UNION DEL TERCIO MEDIO CON EL TERCIO ANTERIOR, DURANTE FONACION NO SE APRECIAN HIATUS, LA ONDA MUCOSA Y LA VIBRACION NO SON CALIFICABLES, POR ESTE METODO LOS ARITENOIDS SON PALIDOS, DX LESION VENTRICULAR DEREHCA DE ORIGEN A DETERMINAR DESVIACION SEPTAL

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ **Peso:** 86.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 120/80**. Temperatura Axilar:** 37.0 °C **Respiracion:** 17 /min **Pulso:** 76/min Ritmico **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO. **Pulmones :** normal **Mamas :** normal **Vascular Periférico :** normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.. **Recto/Ano :** normal **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular : Columna :** normal **Articulaciones :** normal **Extremidades :** normal **Extremidades Superiores :** normal **Tronco :** normal **Extremidades Inferiores : Otros :** PRESENTA APARENTE DEFORMIDAD EN ROTULA. **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx:
K297 GASTRITIS, NO ESPECIFICADA. Impresión diagnóstica
M255 DOLOR EN ARTICULACIÓN. Impresión diagnóstica
J381 PÓLIPO DE LAS CUERDAS VOCALES Y DE LA LARINGE. Impresión diagnóstica

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308



I57965551F160425I75077509

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:
Medicamentos Remision Observaciones

EPS SURAMERICANA S.A.

Recomendaciones de la Consulta
Orden: 1712-288170200

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Recomendaciones
1.	23/04/2016 07:22 AM	calor humedo local laternado con frio

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: ELSA VICTORIA MONTES GALVIS
CC 30233051 **Registro:** 16408 I57963051F160423I75073023

EPS SURAMERICANA S.A.

Observaciones de la Consulta
Orden: 1712-288170200

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Observaciones	Profesional	ID Profesional
1.	23/04/2016 07:23 AM	manejo de dolor y de orzuelo	ELSA VICTORIA MONTES GALVIS	30233051

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: ELSA VICTORIA MONTES GALVIS
CC 30233051 **Registro:** 16408 I57963051F160423I75073023

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Fecha: 2016/04/23 **Fórmula:** 1712-288175510 **Estado Orden:** (7) Impreso

Identificación: CC 75075796 **Nombre:** JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO
Tipo Atención: ENFERMEDAD GENERAL **CódigoDx:** H000 **Grupo de Ingreso:** A

AFILIADO

Medicamento: 11027 GENTAMICINA 0.3 % UNGUENTO OFTALMICO X 5 G Vía admon: OFTALMICA
Cantidad: 1 TUBOS **Dosificación:** 1 APLICACIONES cada 24 Horas durante 5 Dias.
Profesional Prescribe: CC 30233051 ELSA VICTORIA MONTES GALVIS
Observación: 3 veces al dia

Medicamento: 5015 DICLOFENACO SODICO 75/3 MG/ML SOLUCION INYECTABLE Vía admon: INTRAMUSCULAR
Cantidad: 1 AMPOLLAS **Dosificación:** 1 AMPOLLAS cada 24 Horas durante 1 Dias.
Profesional Prescribe: CC 30233051 ELSA VICTORIA MONTES GALVIS
Observación: im du

Medicamento: 5030 NAPROXENO SODICO 250 MG TABLETA Vía admon: ORAL
Cantidad: 15 TABLETAS **Dosificación:** 1 TABLETAS cada 8 Horas durante 5 Dias.
Profesional Prescribe: CC 30233051 ELSA VICTORIA MONTES GALVIS
Observación: estomago lleno

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: ELSA VICTORIA MONTES GALVIS
CC 30233051 **Registro:** 16408

I57963051F160423I75073023

NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS

Punto de Entrega:

Fecha Entrega: **Sello:**

Este documento tiene vigencia de **Tres Días Hábiles** contados a partir de la fecha de expedición.
Original Afiliado-Copia Proveedor.

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Fecha: 2016/04/23 **Fórmula:** 1712-288175510 **Estado Orden:** (7) Impreso

Identificación: CC 75075796 **Nombre:** JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO
Tipo Atención: ENFERMEDAD GENERAL **CódigoDx:** H000 **Grupo de Ingreso:** A

Medicamento: 9024 DEXAMETASONA FOSFATO 8/2 MG/ML SOLUCION INYECTABLE Vía admon: INTRAMUSCULAR
Cantidad: 1 AMPOLLAS **Dosificación:** 1 AMPOLLAS cada 24 Horas durante 1 Dias.
Profesional Prescribe: CC 30233051 ELSA VICTORIA MONTES GALVIS
Observación: im du

/********/**

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

AFILIADO

Profesional: ELSA VICTORIA MONTES GALVIS
CC 30233051 **Registro:** 16408

I57963051F160423I75073023

NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS

Punto de Entrega:

Fecha Entrega: **Sello:**

Este documento tiene vigencia de **Tres Días Hábiles** contados a partir de la fecha de expedición.
Original Afiliado-Copia Proveedor.

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 41 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL NO PROGRAMADA **Orden:** 1712-288170200 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2016/04/23 07:09 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL **Consentimiento Informado:** SI

MC: dolor en la pierna **EA:** refiere que desde ayer en la mañana empezo ocn dolor en glueto derecho, que le dificulta la marcha y sentarse, niega cambios en la piel del area afectada , no tomo nada para el dolor , refiere ademas que eyer inicio con edema en parpado inferio el cual ve inflamado ap. no alerg. penicilina ,

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: aparente buen estado gneal, marcha antalgicoa **Peso:** 85.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 120/60**. Temperatura Axilar:** 36.0 °C **Respiracion:** 20 /min **Pulso:** 78/min Ritmico **Examen Físico : Cabeza Cuello OS : Ojos : Generales : Parpados :** Alterado, edema de papado infeior de ojo derecho , con paula eritematosa . **Fondo de Ojo :** normal **Cardiorespiratorio :** no evaluado **Gastrointestinal :** no evaluado **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular : Extremidades Inferiores : Femur :** Alterado, door a abduccion externa , laseegue negativo , dolor a palpacion de area la tteal de muslo , la piel sin cmabios . **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: **H000** ORZUELO Y OTRAS INFLAMACIONES PROFUNDAS DEL PÁRPADO. Impresión diagnóstica
M624 CONTRACTURA MUSCULAR. Impresión diagnóstica

Profesional: ELSA VICTORIA MONTES GALVIS
CC 30233051 **Registro:** 16408

I57963051F160423I75073023

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:
Medicamentos Recomendaciones Observaciones

EPS SURAMERICANA S.A.

Observaciones de la Consulta
Orden: 1712-278776400

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Observaciones	Profesional	ID Profesional
1.	11/03/2016 11:58 AM	SOLICITO RX DE RODILLA IZQUIERDA Y SE FORMULA DICLOFENACO IM, DEXAMETASONA IM.	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	75095551

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308 I57965551F160311I75077509

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Fecha: 2016/03/11 **Fórmula:** 1712-278776610 **Estado Orden:** (7) Impreso

Identificación: CC 75075796 **Nombre:** JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO
Tipo Atención: ENFERMEDAD GENERAL **CódigoDx:** M255 **Grupo de Ingreso:** A

Medicamento: 5015 DICLOFENACO SODICO 75/3 MG/ML SOLUCION INYECTABLE Vía admon: INTRAMUSCULAR
Cantidad: 1 AMPOLLAS **Dosificación:** 1 AMPOLLAS cada 24 Horas durante 1 Dias.
Profesional Prescribe: CC 75095551 CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
Observación: APLICAR UNA AMPOLLA IM

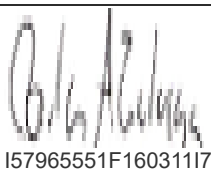
Medicamento: 9025 DEXAMETASONA FOSFATO 4 MG/ML SOLUCION INYECTABLE X1ML Vía admon: INTRAMUSCULAR
Cantidad: 1 AMPOLLAS **Dosificación:** 1 AMPOLLAS cada 24 Horas durante 1 Dias.
Profesional Prescribe: CC 75095551 CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
Observación: APLICAR UNA AMPOLLA IM

/********/**

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

AFILIADO

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308



I57965551F160311I75077509

NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS

Punto de Entrega:

Fecha Entrega: **Sello:**

Este documento tiene vigencia de **Tres Días Hábiles** contados a partir de la fecha de expedición.
Original Afiliado-Copia Proveedor.

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 41 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-278776400 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2016/03/11 11:45 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL **Consentimiento Informado:** SI

MC: CONTROL **EA:** PACIENTIE QUIEN VIENE PARA CONTROL ESTA YA EN MANEJO CON GEMFIBROZILO UNA TABLETA CADA NOCHE. MANIFIESTA QUE HA TENIDO DOLOR EN MANOS Y DEDOS PERSISTENTE TAMBIEN DOLOR EN RODILLA DERECHA DE VARIOS AÑOS,

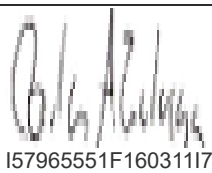
MANEJADO POR ORTOPEDIA CON INFILTRACIONES. PATOLOGICOS- ALERGICOS PENICILINA

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ **Peso:** 85.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 120/80**. Temperatura Axilar:** 37.0 °C **Respiracion:** 16 /min **Pulso:** 82/min Ritmico **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO. **Pulmones :** normal **Mamas :** normal **Vascular Periférico :** normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.. **Recto/Ano :** normal **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular : Columna :** normal **Articulaciones :** normal **Extremidades :** normal **Extremidades Superiores :** normal **Tronco :** normal **Extremidades Inferiores : Otros :** RODILLAS SIMETRICAS, RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS SIN PRESENCIA DE INFLAMACION, DOLOR AL REALIZAR MOVIMENTOS DE FLEXION YEXTENSION DE RODILLA ,PROMINENCIA OSEA EN ROTULA IZQUIERDA, HAY CREPITO OSEO, CAJONES NEGATIVOS, BOSTEZOS NEGATIVOS, NO SIGNOS MENISCALES, REFLEJO PATELAR NORMAL. **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: M255 DOLOR EN ARTICULACIÓN. Impresión diagnóstica

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308



I57965551F160311I75077509

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:
Medicamentos Observaciones AyudasDx

EPS SURAMERICANA S.A.

Observaciones de la Consulta
Orden: 1712-270508500

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Observaciones	Profesional	ID Profesional
1.	06/02/2016 08:11 AM	SOLICITO PARACLNICOS CONTROL CON RESULTADOS.	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	75095551

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308 I57965551F160206I75077509

EPS sura

Remisión: 1712-270564500
Orden: 1712-270508500

NIT. 800088702
Fecha: 2016/02/06

Impreso

Identificación: CC 75075796
Tipo Atención: ENFERMEDAD GENERAL

Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO
IPS Genera: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

Edad: 41 Años

Para: CONSULTA OPTOMETRIA

MC: EXAMEN DE OPTOMETRIA E HINCHAZON DE PIES **EA**: PACIENITE QUIEN VIENE PARA REMISION A OPTOMETRIA , MANIFIESTA QUE HA TENIDO EDEMA EN AMBOS PIES,EL DOLOR ES ESPORADICO, NO ES DIARIO OCASIONAL. PATOLOGICOS- ALREGICOS PENICILINA

Resumen de Hallazgos Importantes: **Signos Vitales: Descripción:** PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ **Peso:** 88.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 120/80**. Temperatura Axilar:** 37.0 °C **Respiracion:** 17 /min **Pulso:** 74/min Ritmico **Examen Físico : Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO. **Pulmones :** normal **Mamas :** normal **Vascular Periférico :** normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.. **Recto/Ano :** normal **Osteomuscular : Columna :** normal **Articulaciones :** normal **Extremidades :** normal **Extremidades Superiores :** normal **Tronco : Otros :** MIEMBROS INFERIORES CON LLENADO CAPILAR INMEDIATO, PIERNAS EUTERMICAS, NO ALTERACIONES DE LA SENSIBILIDAD NI DE LA MOVILIDAD, NI DE LA FUERZA, MOVIMIENTOS DE LA CADERA SIN ALTERACIONES, NO DOLOR AL REALIZAR MOVIMIENTOS DE ROTACION INTERNA O EXTERNA PIES SIN APARENTE DEFORMIDAD, MOVIMIENTOS DE PIE DORSIFLEXION PLANTIFLEXION, EVERSION E INVERSION NORMALES, FUERZA Y SENSIBILDAD NORMAL, NO DOLOR A LA PALAPCION NI A LA MOVILIZACION. **Extremidades Inferiores : Otros :** COLUMNA APARENTEMENTE BIEN ALINEADA ARCOS DE MOVILIDAD NO LIMITADOS POR DOLOR, NO DOLOR A LA PALPACION DE MUSCULOS PARAVERTEBRALES LUMBARES, NO DOLOR A LA PALPACION DE VERTEBRAS LUMBARES, LASEGUE NEGATIVO, BRAGARD NEGATIVO, FABRE NEGATIVO, NO SIGNOS DE RADICULOPATIAS, CAJONES Y BOSTEZOS NEGATIVOS, MOVILIDAD DE EXTREMIDADES INFERIORES SIN ALTERACIONES, SENSIBILIDAD SIN ALTERACIONES, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS NORMALES, MOVILIDAD DE HALLUX SIN ALTERACIONES, MARCHA ANTALGICA..

Diagnóstico Provisional: (M255) DOLOR EN ARTICULACIÓN

Motivo:

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro**: 16308

I57965551F160206I75077509

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 41 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-270508500 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2016/02/06 07:56 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL **Consentimiento Informado:** SI

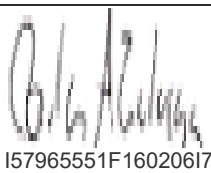
MC: EXAMEN DE OPTOMETRIA E HINCHAZON DE PIES **EA:** PACIENITE QUIEN VIENE PARA REMISION A OPTOMETRIA , MANIFIESTA QUE HA TENIDO EDEMA EN AMBOS PIES,EL DOLOR ES ESPORADICO, NO ES DIARIO OCASIONAL. PATOLOGICOS- ALREGICOS PENICILINA

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ **Peso:** 88.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 120/80**. Temperatura Axilar:** 37.0 °C **Respiracion:** 17 /min **Pulso:** 74/min Ritmico **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO. **Pulmones :** normal **Mamas :** normal **Vascular Periférico :** normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.. **Recto/Ano :** normal **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular : Columna :** normal **Articulaciones :** normal **Extremidades :** normal **Extremidades Superiores :** normal **Tronco : Otros :** MIEMBROS INFERIORES CON LLENADO CAPILAR INMEDIATO, PIERNAS EUTERMICAS, NO ALTERACIONES DE LA SENSIBILIDAD NI DE LA MOVILIDAD, NI DE LA FUERZA, MOVIMIENTOS DE LA CADERA SIN ALTERACIONES, NO DOLOR AL REALIZAR MOVIMIENTOS DE ROTACION INTERNA O EXTERNA PIES SIN APARENTE DEFORMIDAD, MOVIMIENTOS DE PIE DORSIFLEXION PLANTIFLEXION, EVERSION E INVERSION NORMALES, FUERZA Y SENSIBILDAD NORMAL, NO DOLOR A LA PALAPCION NI A LA MOVILIZACION. **Extremidades Inferiores : Otros :** COLUMNA APARENTEMENTE BIEN ALINEADA ARCOS DE MOVILIDAD NO LIMITADOS POR DOLOR, NO DOLOR A LA PALPACION DE MUSCULOS PARAVERTEBRALES LUMBARES, NO DOLOR A LA PALPACION DE VERTEBRAS LUMBARES, LASEGUE NEGATIVO, BRAGARD NEGATIVO, FABRE NEGATIVO, NO SIGNOS DE RADICULOPATIAS, CAJONES Y BOSTEZOS NEGATIVOS, MOVILIDAD DE EXTREMIDADES INFERIORES SIN ALTERACIONES, SENSIBILIDAD SIN ALTERACIONES, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS NORMALES, MOVILIDAD DE HALLUX SIN ALTERACIONES, MARCHA ANTALGICA.. **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: M255 DOLOR EN ARTICULACIÓN. Impresión diagnóstica

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308



I57965551F160206I75077509

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:
Remision Observaciones AyudasDx

EPS sura

Remisión: 1712-258471200 **NIT.** 800088702 **Impreso**
Orden: 1712-257022100 **Fecha**: 2015/12/04

Identificación: CC 75075796 **Nombre**: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Edad**: 41 Años
Tipo Atención: ENFERMEDAD GENERAL **IPS Genera**: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

Para: CONSULTA UROLOGIA

MC: DOS COSAS **EA**: TRAE RESULTADO DE UNA ECOGRAFIA TESTICULAR DEL 14/09/2015 QUE MUESTRA QUISTE DEL EPIDIDO DERECHO DE TAMAÑO PEQUEÑO. 9X6X8X MM - HIDROCELE IZQUIERDO MIDE: 3.5X1X1.7 CM. REFIERE QUE CANTA EN UN GRUPO MUSICAL Y HA NOTADO QUE ULTIMAMENTE PRESENTA CAMBIOS EN EL TONO DE LA VOZ Y REFIERE QUE CUANDO EMPIEZA A HABLAR SE QUEDA FRENADO - NIEGA SINTOMAS GRIPALES ULTIMAMENTE. AP: PATOLOGICOS: NEGATIVOS. QX: DRENAJE DE ABSCESO - CX HEMORROIDE. ALERGICOS: PENICILINA-

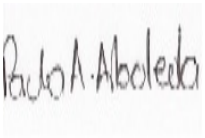
Resumen de Hallazgos Importantes: **Signos Vitales: Descripción:** BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA **Peso:** 88.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 110/70**. Temperatura Axilar:** 36.0 °C **Respiracion:** 20 /min **Pulso:** 70/min Ritmico **Examen Físico : Cabeza Cuello OS : Ojos : Generales : Otros :** OROFARINGE NORMAL, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, RINOSCOPIA NORMAL. **Fondo de Ojo :** normal **Nariz :** normal **Oidos :** normal **Boca :** normal **Cuello :** normal **Craneo :** normal **Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, MV DE ADECUADA INTENSIDAD, NO SOBREAGREGADOS. **Pulmones :** normal **Mamas :** normal **Vascular Periférico :** normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. **Recto/Ano :** normal **Neurológico :** normal

Diagnóstico Provisional: (N433) HIDROCELE, NO ESPECIFICADO

Motivo: SE ENVIA PARA VALORACION

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: PAULA ANDREA ARBOLEDA OROZCO
CC 24331522 **Registro**: 0016



I57961522F151204I75072433

EPS sura

Remisión: 1712-258471100
Orden: 1712-257022100

NIT. 800088702
Fecha: 2015/12/04

Impreso

Identificación: CC 75075796
Tipo Atención: ENFERMEDAD GENERAL

Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO
IPS Genera: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1

Edad: 41 Años

Para: CONSULTA OTORRINOLARINGOLOGIA

MC: DOS COSAS **EA**: TRAE RESULTADO DE UNA ECOGRAFIA TESTICULAR DEL 14/09/2015 QUE MUESTRA QUISTE DEL EPIDIDO DERECHO DE TAMAÑO PEQUEÑO. 9X6X8X MM - HIDROCELE IZQUIERDO MIDE: 3.5X1X1.7 CM. REFIERE QUE CANTA EN UN GRUPO MUSICAL Y HA NOTADO QUE ULTIMAMENTE PRESENTA CAMBIOS EN EL TONO DE LA VOZ Y REFIERE QUE CUANDO EMPIEZA A HABLAR SE QUEDA FRENADO - NIEGA SINTOMAS GRIPALES ULTIMAMENTE. AP: PATOLOGICOS: NEGATIVOS. QX: DRENAJE DE ABSCESO - CX HEMORROIDE. ALERGICOS: PENICILINA-

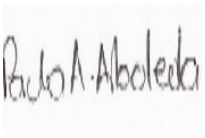
Resumen de Hallazgos Importantes: **Signos Vitales: Descripción:** BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA **Peso:** 88.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 110/70**. Temperatura Axilar:** 36.0 °C **Respiracion:** 20 /min **Pulso:** 70/min Ritmico **Examen Físico : Cabeza Cuello OS : Ojos : Generales : Otros :** OROFARINGE NORMAL, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, RINOSCOPIA NORMAL. **Fondo de Ojo :** normal **Nariz :** normal **Oidos :** normal **Boca :** normal **Cuello :** normal **Craneo :** normal **Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, MV DE ADECUADA INTENSIDAD, NO SOBREAGREGADOS. **Pulmones :** normal **Mamas :** normal **Vascular Periférico :** normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. **Recto/Ano :** normal **Neurológico :** normal

Diagnóstico Provisional: (R498) OTRAS ALTERACIONES DE LA VOZ Y LAS NO ESPECIFICADAS

Motivo: SE ENVIA PARA VALORACION

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: PAULA ANDREA ARBOLEDA OROZCO
CC 24331522 **Registro**: 0016



I57961522F151204I75072433

Interconsultas

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1
Fecha: 2015/12/04 **Fórmula:** 1712-258471310

NIT. 810005573
Estado Orden: (7) Impreso

Identificación: CC 75075796
Tipo Atención: ENFERMEDAD GENERAL

Nombre: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO
CódigoDx: N433

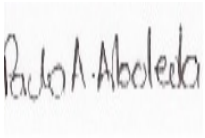
Grupo de Ingreso: A

AFILIADO

Medicamento: 3037 LORATADINA 10 MG TABLETA Vía admon: ORAL
Cantidad: 30 TABLETAS **Dosificación:** 1 TABLETAS cada 24 Horas durante 30 Dias.
Profesional Prescribe: CC 24331522 PAULA ANDREA ARBOLEDA OROZCO
/**********/

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: PAULA ANDREA ARBOLEDA OROZCO
CC 24331522 **Registro:** 0016



I57961522F151204I75072433

NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS

Punto de Entrega:

Fecha Entrega: **Sello:**

Este documento tiene vigencia de **Tres Días Hábiles** contados a partir de la fecha de expedición.
Original Afiliado-Copia Proveedor.

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 41 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-257022100 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2015/12/04 07:39 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL **Consentimiento Informado:** SI

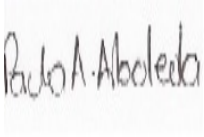
MC: DOS COSAS **EA:** TRAE RESULTADO DE UNA ECOGRAFIA TESTICULAR DEL 14/09/2015 QUE MUESTRA QUISTE DEL EPIDIDO DERECHO DE TAMAÑO PEQUEÑO. 9X6X8X MM - HIDROCELE IZQUIERDO MIDE: 3.5X1X1.7 CM. REFIERE QUE CANTA EN UN GRUPO MUSICAL Y HA NOTADO QUE ULTIMAMENTE PRESENTA CAMBIOS EN EL TONO DE LA VOZ Y REFIERE QUE CUANDO EMPIEZA A HABLAR SE QUEDA FRENADO - NIEGA SINTOMAS GRIPALES ULTIMAMENTE. AP: PATOLOGICOS: NEGATIVOS. QX: DRENAJE DE ABSCESO - CX HEMORROIDE. ALERGICOS: PENICILINA-

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA **Peso:** 88.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 110/70. **Temperatura Axilar:** 36.0 °C **Respiracion:** 20 /min **Pulso:** 70/min Ritmico **Examen Físico : Cabeza Cuello OS : Ojos : Generales : Otros :** OROFARINGE NORMAL, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, RINOSCOPIA NORMAL. **Fondo de Ojo :** normal **Nariz :** normal **Oidos :** normal **Boca :** normal **Cuello :** normal **Craneo :** normal **Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, MV DE ADECUADA INTENSIDAD, NO SOBREAGREGADOS. **Pulmones :** normal **Mamas :** normal **Vascular Periférico :** normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. **Recto/Ano :** normal **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** normal **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: **N433** HIDROCELE, NO ESPECIFICADO. Impresión diagnóstica
R498 OTRAS ALTERACIONES DE LA VOZ Y LAS NO ESPECIFICADAS. Impresión diagnóstica

Profesional: PAULA ANDREA ARBOLEDA OROZCO
CC 24331522 **Registro:** 0016



I57961522F151204I75072433

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:
Medicamentos Remision

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 41 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-258039800 **Tipo Consulta:** No Disponible

IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2015/12/02 11:35 **Estado:** ORDEN GENERADA POR CITA PENDIENTE POR ATENDER

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: No Disponible **Consentimiento Informado:** No Disponible

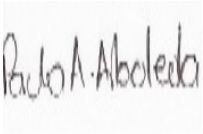
MC: No Disponible **EA:** No Disponible

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: No Evaluado **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio :** no evaluado **Gastrointestinal :** no evaluado **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: No Disponible

Profesional: PAULA ANDREA ARBOLEDA OROZCO
CC 24331522 **Registro:** 0016



I57961522F151202I75072433

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

No se generaron Documentos para esta Orden

EPS SURAMERICANA S.A.

Observaciones de la Consulta
Orden: 1712-236933500

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Observaciones	Profesional	ID Profesional
1.	24/08/2015 11:11 AM	SE FORMULA CLOTRIMAZOL, HIDROCORTISONA Y FLUCONAZOL DIARIO. CONTROL SEGUN EVOLUCION. PENDIENTE ECOGRAFIA.	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	75095551

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308 I57965551F150824I75077509

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Fecha: 2015/08/24 **Fórmula:** 1712-237866610 **Estado Orden:** (7) Impreso

AFILIADO

Identificación: CC 75075796 **Nombre:** JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO
Tipo Atención: ENFERMEDAD GENERAL **CódigoDx:** B49X **Grupo de Ingreso:** B

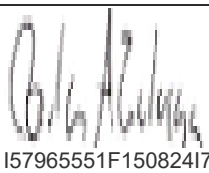
Medicamento: 4136 CLOTRIMAZOL 1/100 G/G CREMA TOPICA X 40 G Vía admon: TOPICA (EXTERNA)
Cantidad: 2 TUBOS **Dosificación:** 1 APLICACIONES cada 8 Horas durante 15 Dias.
Profesional Prescribe: CC 75095551 CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ

Medicamento: 12167 HIDROCORTISONA 1/100 G/G CREMA TOPICA X 15 G Vía admon: TOPICA (EXTERNA)
Cantidad: 2 TUBOS **Dosificación:** 1 APLICACIONES cada 8 Horas durante 10 Dias.
Profesional Prescribe: CC 75095551 CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ

Medicamento: 14130 FLUCONAZOL 200 MG CAPSULA DURA Vía admon: ORAL
Cantidad: 7 CAPSULAS **Dosificación:** 1 CAPSULAS cada 24 Horas durante 7 Dias.
Profesional Prescribe: CC 75095551 CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308



I57965551F150824I75077509

NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS

Punto de Entrega:

Fecha Entrega: **Sello:**

Este documento tiene vigencia de **Tres Días Hábiles** contados a partir de la fecha de expedición.
Original Afiliado-Copia Proveedor.

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 40 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-236933500 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2015/08/24 10:58 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

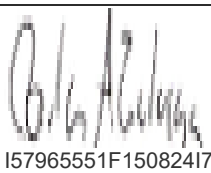
Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL **Consentimiento Informado:** SI
MC: CDOLOR DE OIDO **EA:** CUADRO CLINICO DE UNA SEMANA CONSISTENTE EN DOLOR DE OIDO, PRSENTA LESIONES EN PENE MICROPAPULAS NO OTRA SINTOMATOLOGIA.-

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ. **Peso:** 90.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 120/80**. Temperatura Axilar:** 37.0 °C **Respiracion:** 18 /min **Pulso:** 84/min Ritmico **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** normal **Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO. **Pulmones :** normal **Mamas :** normal **Vascular Periférico :** normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.. **Recto/Ano :** normal **GenitoUrinario :** no evaluado **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras : Otros :** PRESENTA MICROPAPULAS EN PENE.

Dx: B49X MICOSIS, NO ESPECIFICADA. Impresión diagnóstica

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308



I57965551F150824I75077509

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:
Medicamentos Observaciones

EPS SURAMERICANA S.A.

Observaciones de la Consulta
Orden: 1712-233976100

IPS Atiende: (1712) INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **NIT.** 810005573

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796

N°	Fecha	Observaciones	Profesional	ID Profesional
1.	04/08/2015 08:29 AM	SOLICITO ECOGRAFIA TESTICULAR Y PERFI LIPIDICOP.	CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ	75095551

<<< DOCUMENTO NO VALIDO (COPIA) >>>

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308 I57965551F150804I75077509

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO **Identificación:** CC 75075796
Ocupación: No disponible **Sexo:** Masculino **Edad:** 40 Años
Afiliación: COTIZANTE **Teléfono (1):** **Teléfono (2):** 3113237133 **Plan:**: POS
Raza: Mestizo **Condición:** No Disponible **Nivel Socioeconómico:** No Disponible

Servicio: CONSULTA MEDICO GENERAL **Orden:** 1712-233976100 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: INTERCONSULTAS SAS SEDE 1 **Fecha:** 2015/08/04 08:16 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompanante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL **Consentimiento Informado:** SI

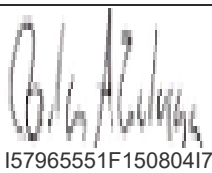
MC: DOLOR TESTICULO IZQUIERDO **EA:** CUADRO CLNICO DE VARIOS DIAS CONSISTENTE EN DOLOR TESTICULO IZQUEIRDO Y SENSACION EN MASA, NO OTRA SINTOMATOLOGIA-. PATOLOGICOS- ALERGICOS-

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Cardiorespiratorio : Gastrointestinal : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, AFEBRIL, HIDRATADA SIN SIGNOS DE DOLOR NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, ORIENTADO EN PERSONA , TIEMPO Y ESPACIO, SIN SIGNOS DE ICTERICIA, CIANOSIS O PALIDEZ. **Peso:** 90.0Kgs **Talla:** 170.0 cms **P.Sentado:** 110/70**. Temperatura Axilar:** 37.0 °C **Respiracion:** 17 /min **Pulso:** 71/min Ritmico **Examen Físico : Cabeza Cuello OS :** no evaluado **Cardiorespiratorio : Corazón : Inspección :** normal **Palpación :** normal **Auscultación : Otros :** RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE INTENSIDAD, TONO Y TOMBRE NORMAL, SIN PRESENCIA DE SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN SOBREAGREGADOS, MURMULLO LIMPIO. **Pulmones :** normal **Mamas :** normal **Vascular Periférico :** normal **Gastrointestinal : Abdomen : Otros :** ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACION, PERISTALTISMO PRESENTE.. **Recto/Ano :** normal **GenitoUrinario : Riñones :** normal **Hombres : Otros :** TSTICULOS MU MOVILES, CON GRAN DOLOR A LA PALPACION DE TESTICULO IZQUIERDO, APARENTE MASA DE TAMAÑO PEQUEÑO EN TSTICULO IZQUIERDO, NO DEFORMIDAES,. **Osteomuscular :** no evaluado **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: **N498** OTROS TRASTORNOS INFLAMATORIOS DE LOS ÓRGANOS GENITALES MASCULINOS. Impresión diagnóstica
E669 OBESIDAD, NO ESPECIFICADA. Impresión diagnóstica

Profesional: CARLOS ANDRES ZULUAGA LOPEZ
CC 75095551 **Registro:** 16308



I57965551F150804I75077509

Antecedentes Familiares
Antecedentes Personales
Antecedentes Laborales

Documentos Generados Para Esta Orden:
Observaciones **AyudasDx**

SEÑORES.

JUZGADO SEPTIMO DE FAMILIA DEL CIRCUITO (MANIZALES).

ASUNTO: OTORGAMIENTO DE PODER.

JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO, mayor de edad, vecino de Manizales, identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto que confiero **PODER ESPECIAL Y SUFICIENTE,** al abogado PAOLO ANDRES FORERO AMAYA, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadania No. 1.053.800.558. De Manizales, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 378.805 Del C.S.J., para que, en mi nombre y representación interponga la respectiva contestación de la demanda de CESACION DE EFECTOS CIVILES DE MATRIMONIO CATOLICO y consiguientes la DISOLUCION Y LIQUIDACION DE LA SOCIEDAD CONYUGAL interpuesta por la señora CLAUDIA LILIANA CARDONA JIMENEZ con radicado 2023-271 además para poder solicitar el respectivo expediente judicial.

Así mismo mi apoderado queda ampliamente facultado para recibir, cobrar, conciliar, desistir, transigir, renunciar, sustituir y reasumir, este poder , interponer recursos, solicitar pruebas, copias informales y auténticas, interponer incidentes de liquidación y en general todo lo que se encuentre conforme a derecho para la debida representación de mis intereses, además todas las actuaciones necesarias y tendientes al cabal cumplimiento del presente mandato, tales como peticiones adicionales, acciones de tutela, recursos, así mismo de las facultades previstas en el artículo 77 del C.G.P, sin que pueda alegarse en cualquier momento carencia de poder suficiente.

Sírvase señor juez reconocer personería a mi apoderado, en los términos y para los fines de este proceso

CORDIALMENTE,

JUAN CARLOS ALARCON JARAMILLO

C.C 75.075.796 DE MANIZALES.

ACEPTO.

PAOLO ANDRES FORERO AMAYA

T.P 378.805

ABOGADO PRINCIPAL

Powered by CamScanner

PÁGINA TODA EN BLANCO
NOTARÍA CUARTA - MANIZALES

Powered by CamScanner

NOTARÍA CUARTA DE MANIZALES

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO DE DOCUMENTO

Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

m5fah

Al despacho de la NOTARÍA CUARTA DE MANIZALES compareció

ALARCON JARAMILLO JUAN CARLOS Quien se identifico con C.C. 75075796

A quién personalmente identifique como aparece al pie de su firma y dijo, que reconoce como cierto el contenido de este documento y que la firma puesta en él es suya. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento. PODER

Manizales, 2024-02-02 15:30:56

X

FIRMA DEL COMPARECIENTE

EDUARDO ALBERTO CIFUENTES RAMIREZ
NOTARIO CUARTO DEL CÍRCULO DE MANIZALES

REPUBLICA DE COLOMBIA
EDUARDO ALBERTO CIFUENTES RAMÍREZ
Notario
NOTARIA CUARTA MANIZALES

Powered by CamScanner