



FECHA DIA 30 MES 04 AÑO 2013 HORA 14:34 N° HISTORIA CLINICA: 000001122527092-01000001
 INSTITUCION: INV. CLINICA DEL META S.A. URGENCIAS
 MUNICIPIO: VILLAVICENCIO CONSULTA INICIAL: _____ CONTROL: _____
 NOMBRE: ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA EDAD: M007 SEXO: (F)
 ENTIDAD: CAPITAL SALUD EPSS SAS. Fecha de Nacimiento: 2012/09/26
 ETNIA: NO APLICA OCUPACION: NO APLICA
 NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: _____ PARENTESCO: _____ DIRECCION: CRA 18 N.17 B.11 TEL: 3203034505
 MOTIVO DE CONSULTA: _____

02:34 p.m. 30/04/2013
TRAIDA POR SU MADRE QUIEN REFIERE QUE HACE 2 DIAS PRESENTA FIEBRE CUANTIFICADA HASTA 38jC. ASOC
IADO A TOS SECA Y DEPOSICIONES DIARREICAS LIQUIDAS COLOR CAFE, NO FETIDAS, CON MOCO, SIN SANGRE

NO MAS SINTOMAS ASOCIADOS.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS IMPORTANTES:
 PRODUCTO DEL 1 3MBRAZO, GESTACION DE 34 SEMANAS X RPMO, PARTO X CESAREA POR RCIU, SEPSIS NEONAT
 AL, HIPERTENSION PULMONAR, INFARTO GANGLIOBASAL IZQUIERDO Y LESIONES DE LA SUSTANCIA BLANCA, ES
 TUVO 1 MES EN UCI-N. MADRE DE 22 AÑOS DE EDAD.
 PAI COMPLETO PARA LA EDAD.
ANTECEDENTES PERINATALES
ANTECEDENTES FAMILIARES
 Edad gestacional al nacer: 00 Semanas Peso al nacer: 00000 Talla al nacer: 000

TEMP	FC:	FR:	TALLA	PESO:	PC	P.TORA	P.ABD	P.BRAQ	P.MUNE	IMC	T.ART	TSH
36.70	§C	125	Xmin.	025	X min.	080	cm	4.7	G <input checked="" type="checkbox"/>	Kg <input type="checkbox"/>	40.0	7.34 000/000

EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL? SI: _____ NO: X **NO EXISTE PELIGRO EN GENERAL**
 no puede beber o tomar el pecho NO Let rgico ó inconsistente NO
 vomita todo NO convulsiones NO
 OBSERVACIONES: _____

TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI: _____ NO: X **SIN TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR**
 Desde hace: 00 días Respiración por minuto 025 Respiración R pida _____
 Primer episodio de sibilancias: SI: _____ NO: X Tiraje subcostal _____ SaO2M<95%(905 altura >2.500msnm)
 Sibilancias Recurrentes: SI: _____ NO: X
 Cuadro gripal últimos 3 días: SI: _____ NO: _____ Estridor: _____ Sibilancias: _____
 Antecedente prematuridad: SI: _____ NO: _____ Apnea: _____ Incapacidad para hablar o beber: _____
 OBSERVACIONES: _____ Somnoliento confuso o agitado _____

TIENE DIARREA? SI: _____ NO: X **NO TIENE DIARREA**
 Desde hace 00 días Letargico o comatoso
 Hay sangre en las heces: SI: _____ NO: _____ Ojos hundidos:
 Tiene vómito? SI: _____ NO: X si se le ofrece agua:
 # Vómitos en las últimas 4h? 00
 # Deposiciones en las últimas 24h? 00
 # Deposiciones en las últimas 4h? 00
 Que líquidos ha recibido: _____ Pliegue cut neo:
 Que alimentos ha recibido: _____

TIENE FIEBRE? SI X NO _____ **ENFERMEDAD FEBRIL RIESGO BAJO**
 Desde hace 02 días Rigidez de nuca NO Apariencia de enfermo grave NO
 Si >5 días: Todos los días: SI: _____ NO: X Manifestación de Sangrado NO Aspecto tóxico NO
 Manifestaciones focales de otras enfermedades: _____ Respuesta social: 3. RESPUESTA ADECUADA AL ESTIMULO
 Extremidades frías y cianóticas? NO Piel palida moteada ceniza o azul? NO Ha tenido convulsiones: NO
Vive o visito en los ultimos 15 días Rash o eritema que no cede? NO Dolor abdominal NO
 Zona Dengue (altura <2.200m) SI _____ NO X Cefalea NO Mialgias NO Artralgias NO Dolor retroocular NO
 Zona Malaria: Urbana NO Rural NO Postración NO P. torniquete (+) NO Lipotimia NO Hepatomegalia NO
 Disminución diuresis: SI _____ NO: X Pulso r pido y debil: NO Llenado capilar >2seg: NO Ascitis NO
 LABORATORIOS: CH leucopenia < 4000 : NO Compromiso neurologico: NO
 Parcial de Orina compatible con infección : NO Gota gruesa positiva: NO
 Trombocitopenia (menor 100.000)? NO TGO o TGP mayor igual 1.000? NO Aumento hematocrito 20% NO

TIENE PROBLEMA DE OIDO? SI _____ NO X **NO TIENE OTITIS MEDIA**
 Tiene dolor de oído: SI: _____ NO: _____ Tumeración dolorosa detr s de la oreja: _____
 Tiene supuración: SI: _____ NO: _____ Hace: 00 días Tímpano Rojo y Abombado: _____
 N° episodios previos en ultimos 6 Meses 0
 N° episodios previos en ultimos 12 Meses 0

TIENE PROBLEMA DE GARGANTA? SI: _____ NO: X **NO TIENE FARINGOAMIGDALITIS**
 Tiene dolor de garganta: SI: _____ NO: _____ Ganglios del cuello crecidos y dolorosos: _____



FECHA DIA 30 MES 04 AÑO 2013 HORA 14:34
 INSTITUCION: INV. CLINICA DEL META S.A.
 MUNICIPIO: VILLAVICENCIO
 NOMBRE: ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA
 ENTIDAD: CAPITAL SALUD EPSS SAS.
 ETNIA: NO APLICA

Nº HISTORIA CLINICA: 000001122527092-01000001
 URGENCIAS
 CONSULTA INICIAL: CONTROL:
 EDAD:M007 SEXO:(F)
 Fecha de Nacimiento: 2012/09/26
 OCUPACION: NO APLICA

Amigdalas eritematosas exudado blancoamarillo: _____
 OBSERVACIONES:

<p>EN SEGUIDA VERIFICAR LA SALUD BUCAL</p> <p>-Ha visitado al odontologo en los ultimos 6 meses? -Usa el biberon durante toda la noche? NO -Tienen los padres, hermanos o el cuidador caries o enfermedad periodontal? NO -Ha tenido algun golpe (trauma) en la cara o boca? -Cambio de color evidente del diente? NO -Movilidad, desplazamiento, extrusion, intrusion del diente? NO -Lesion de la encia o mucosa bucales? NO -Presencia de manchas blancas o cafes? NO -Presencia de vesiculas, ulceras o placas en labios encias lengua o paladar? NO Presencia de exudado purulento? NO</p>	<p>-Inflamación dolorosa con algun grado de edema facial? NO -Inflamacion dolorosa del labio que no involucra surcos? NO -Enrojecimiento e inflamacion generalizada de la encia ? NO -Enrojecimiento e inflamacion dolorosa localizada de la encia (gingivitis) ? NO -deformidad de encia o paladar (abceso) ? NO -dolor dental -fractura evidente de diente ? NO -perdida del diente ? NO -caries cavitacionales ? NO -presencia de placa bacteriana ? NO -cepilla los dientes del niño ? SI</p>	<p>BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL</p>
---	---	---

<p>VERIFICAR EL CRECIMIENTO</p> <p>Signos de emanciacion visible SI: NO:X Edema en ambos pies SI: NO:X</p> <p>Peso para La edad: 6.0 6.8 7.6 8.6 9.82 3 -3 Talla para la edad: 64.0 67.0 69.0 71.0 73.0 +3 peso para la talla: 7.8 8.5 00920 10.1 11.0 12.12 13.43 -3 tendencia peso : HORIZONTAL</p> <p>observacion: palidez palmar:NO TIENE palidez conjuntiva :NO TIENE EXAMEN FISICO (auscultacion cardiaca y abdominal) Y EVALUAR OTROS PROBLEMAS: NISA EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, BIEN HIDRATADA, ACTIVA Y REACTIVA. CC/: NORMAL, FONTANELAS NORMOTENSAS, CUELLO SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS, NO HAY SIGNOS MENINGEOS CP/: RSCS RITMICOS, SIN SOPLOS. RSRs LIMPIOS, NO HAY AGREGADOS, BIEN VENTILADO, NO HAY SDR. ABD/: RSIS NORMALES, NO HAY MASAS NI MEGALIAS, NO HAY DEFECTOS APONEUROTICOS. GU/: NORMALES, NO HAY LESIONES. RESTO DEL EX FISICO ENTRE PARAMETROS NORMALES. EVALUAR PROBLEMAS EN EL DESARROLLO ? NO Realiza actividades para su edad ? 0 /4</p>	<p>DESNUTRICION GLOBAL TALLA ADECUADA PARA LA EDAD DESNUTRICION AGUDA SEVERA</p> <p>DESNUTRICION SEVERA NO TIENE ANEMIA</p>
---	--

<p>VERIFICAR ANTECEDENTES VACUNACION</p> <p>Recien nacido A los 2 meses BCG HB ? NO PENTA1? NO VOP1 NO NEUMOCOCO1 ?NO ROTAVIRUS1? NO</p> <p>A los 4 meses A los 6 meses PENTA2? NO VOP2? NO PENTA3? NO VOP3? NO NEUMOCOCO2? NO ROTAVIRUS2? NO</p> <p>A los 12 meses A los 18 meses SARAMPION 1? DPT1? VOP4? F.AMAR? VARICELA? NEUMOCOCO.3 ? 5 Años Influenza 6 a 23 meses ? NO DPT 2 ? ? VOP 5? SARAMPION2?</p>

<p>VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS SUGESTIVOS DE MALTRATO?</p> <p>Como corrije a su hijo? Como solucione los conflictos? Como se produjeron las lesiones? Cuando se produjeron las lesiones?</p> <p>Lesiones fisicas graves? lesiones en craneo? Quemaduras ? Fracturas ? Lesiones cutaneas graves ? Hallazgo de traumas menores al Examen Fisico ? Relato por el niño o testigo de maltrato fisico, o historia sospechosa ? Incoherencia del Relato con las lesiones, edad y nivel de desarrollo ? Fallas en la crianza que Sugieren maltrato ? Comportamiento de Padres o cuidadores con actitudes compatibles con maltrato Fisico ?</p>
--



FECHA DÍA 30 MES 04 AÑO 2013 HORA 14:34
INSTITUCION: INV. CLINICA DEL META S.A.
MUNICIPIO: VILLAVICENCIO
NOMBRE: ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA
ENTIDAD: CAPITAL SALUD EPSS SAS.
ETNIA: NO APLICA

Nº HISTORIA CLINICA: 000001122527092-01000001
URGENCIAS
CONSULTA INICIAL: _____ **CONTROL:** _____
EDAD: M007 **SEXO:** (F)
Fecha de Nacimiento: 2012/09/26
OCUPACION: NO APLICA

<p>MALTRATO EMOCIONAL NEGLIGENCIA O ABANDONO</p> <p>Relato de maltrato emocional o negligencia ?</p> <p>Expresion de problemas emocionales en el niño ?</p> <p>Comportamiento inadecuado del cuidador ?</p> <p>Patrones de crianza autoritaria o negligente ?</p> <p>Exposicion del niño a violencia intrafamiliar ?</p> <p>Niño descuidado de salud ?</p> <p>Niño descuidado en su higiene o presentacion ?</p> <p>Niño en situacion de calle ?</p> <p>Acciones de proteccion de asistencia alimentaria y educacion hacia el niño deficientes o ausentes ?</p>	
<p>OBSERVAR SI EXISTEN CRITERIOS DE ABUSO SEXUAL?</p> <p>Sangrado Vaginal o anal traumatico por violencia?</p> <p>Relato por el niño o testigos de violencia sexual?</p> <p>Diagnostico de sifilis,gonorrea o VIH?</p> <p>Signos de trauma genital con sospecha de manipulacion o penetracion ?</p> <p>Hallazgo de semen de cualquier parte del cuerpo con historia de violencia sexual ?</p> <p>Evidentes expresiones de actividad sexual inapropiadas para la edad ?</p> <p>SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL</p> <p>Diagnostico de clamidad o tricomoniasis? Diagnostico de condilomatosis genital-ânal</p> <p>Cuerpos extraños en la vagina o en ano ? Expresion de comportamientos sexualizâdos</p> <p>Dolor o molestias en el area genital no explicados por causas comunes ?</p> <p>Temor a los adultos, rechazo al padre o u otros familiares o a las personas cuidadoras ?</p>	

Edad del primer alimento diferente a la leche materna. Edad en meses (Alimento o bebida):

Durante el día de ayer o anoche:

- 1.Recibio alguno de los siguientes liquidos agua, agua aromatica, jugo, te:
- 2.Recibio leche de formula:
- 3.Recibio leche (vaca, cabra,...) liquida, en polvo, fresca o en bolsa:
- 4.Recibio algun alimento como sopa espesa, pure, papilla o seco:

DIAGNOSTICOS	CODIGO
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	R509
TRATAR	

ESCRIBIR LAS RECOMENDACIONES Y ORIENTACIONES DADAS SOBRE:

1.CUANDO VOLVER DE INMEDIATO AL SERVICIO(Signos de Alarma):

CUANDO NO PUEDE BEBER NI TOMAR PECHO VOMITA TODO EMPEORA O NO SE VE BIEN APARECE FIEBRE

2.CUANDO VOLVER A CONSULTA DE CONTROL:

3.CUANDO VOLVER A CONSULTA DE NIÑO SANO CONSULTA Y DESARROLLO:

EN 3 MESES

4. REFERIDO A CONSULTA DE:

CRECIM. Y DESARROLLO



FECHA DÍA 30 MES 04 AÑO 2013 **HORA** 14:34 **Nº HISTORIA CLINICA:** 000001122527092-01000001
INSTITUCION: INV. CLINICA DEL META S.A. **URGENCIAS**
MUNICIPIO: VILLAVICENCIO **CONSULTA INICIAL:** _____ **CONTROL:** _____
NOMBRE: ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA **EDAD:** M007 **SEXO:** (F)
ENTIDAD: CAPITAL SALUD EPSS SAS. **Fecha de Nacimiento:** 2012/09/26
ETNIA: NO APLICA **OCUPACION:** NO APLICA

5. MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECIFICAS :
 18 PRACTICAS DE VIDA SALUDABLE LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA
 DAR ALIMENTOS RICOS EN ZINC HIERRO VITAMINA A

6. RECOMENDACIONES DE UN BUEN TRATO
 ESTABLEZCA REGLAS CLARAS APLIQUE SIEMPRE LAS MISMAS REGLAS NO CASTIGUE AL Niño DOS VECES
 LA MISMA FALTA ESCUCHE LOS MOTIVOS DEL Niño ANTES DE REPRENDERLO CUANDO UN HIJO COMETE UN
 FALTA EXPLIQUELE POR QUE LO QUE HIZO ESTUVO MAL JAMAS DIGA A UN HIJO QUE ES TONTO O BRUT

7. RECIBIO VITAMINA A EN LOS ULTIMOS 6 MESES SI NO

PROXIMA DOSIS: _____

8. RECIBIO ABENDAZOL EN LOS ULTIMOS 6 MESES SI NO

9. RECIBIO HIERRO EN LOS ULTIMOS 6 MESES SI NO CUANDO _____

Finalidad: NO APLICA
 Sintomatico Respiratorio:
 Sintomatico piel:
 Victima de maltrato:
 Victima de Violencia:
 Enfermedad mental:
 Enfermedad its:

CAUSA: ENFERMEDAD GENERAL

ATENDIDO POR: MENDEZ SANCHEZ ADRIAN YESID 0086012076

NOMBRE Y CODIGO

FIRMA Y SELLO

Abr. 30/2013 14:34 evoluciono MENDEZ SANCHEZ ADRIAN YESID MEDICO GENERAL Folio:01000001

NOTA : MEDICO GENERAL URGENCIAS

TIPO DE DIAGN: 2-CONFIRMADO NUEVO

FORMULACION :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Laboratorio	902208 HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RE		1.0 (uno)
Laboratorio	907107 UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL		1.0 (uno)
Laboratorio	<u>CON SONDA</u> 907002 COPROLOGICO		1.0 (uno)
Farmacia	MQ25699 SONDA NELATON 5FR		1.0 (uno)
	<u>SOB X 1</u>		

DIAGNOSTICO :

R509 FIEBRE, NO ESPECIFICADA



CLÍNICA META
 FECHA DÍA 30 MES 04 AÑO 2013 HORA 14:34
 INSTITUCION: INV. CLINICA DEL META S.A.
 MUNICIPIO: VILLAVICENCIO
 NOMBRE: ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA
 ENTIDAD: CAPITAL SALUD EPSS SAS.
 ETNIA: NO APLICA

Nº HISTORIA CLINICA: 000001122527092-01000001
 URGENCIAS
 CONSULTA INICIAL: _____ CONTROL: _____
 EDAD: M007 SEXO: (F)
 Fecha de Nacimiento: 2012/09/26
 OCUPACION: NO APLICA

PERS. ATIENDE: MEDICO GENERAL



Adrian Yesid Méndez S.
 MEDICO - U.C.C.
 C.C. 86.012.076 - Reg. 50-11224

NRO FORMULA **1304301618511092**

MENDEZ SANCHEZ ADRIAN YESID id: 86,012,076 REG:50-11224 MED. GENERAL

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

Tipo Afil: SIN DETERMINAR

Abr. 30/2013 19:54 evoluciono QUIROZ OSORIO OSCAR ANDRES MEDICO GENERAL Folio:01000001

NOTA : MEDICO GENERAL

URGENCIAS

PACIENTE QUIEN FUE VALORADA POR CUADRO DE TOS SECA IRRITATIVA DE DOS DIAS DE EVOLUCION Y AUMENTO EN LAS DEPOSICIONES TRAE REPORTE DE PARACLINICOS UROANALISIS TOMADO POR MICCION EXPONTANEA CON LEUCOCITOS 5-10 XC ,CEL EPITELIALES 10-15 XC CAMPOS PARA CONTAMINACION DE LA MUESTRA HEMOGRAMA LEUCOCITOS 11.19 DIFERENCIAL DE PMN 8.4% LINF 85.8% HB 11.4 HTO 34.5 PLAQUE TAS 251000

EXAMEN FISICO

GENERAL: CONCIENTE ALERTA AFEBRIL HIDRATADA

C/C: CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ ,MUCOSA ORAL HUMEDA OTOSCOPIA NORMAL RINOSCOPIA NORMAL CUELLO NO MASAS, NO ADENOPATIAS

C/P: TORAX SIMETRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS MURMULLO VESICULAR PRESENTE NO AGREGADOS ,TOS SECA IRRITATIVA

ABD RUIDOS INTESTINALES PRESENTES BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

EXT: NO EDEMAS PERFUSION DISTAL ADECUADA

NEURO: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA NO SIGNOS MENINGEOS REFLEJOS PRESENTES

PIEL: SIN ALTERACIONES

SE CONSIDERA CUADRO DE ORIGEN VIRAL SE DA SALIDA CON B2 POR LOS ANTECEDENTES Y RECOMENDACIONES PARA TRAERLA INMEDIATAMENTE SI PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA

TIPO DE DIAGN: 2-CONFIRMADO NUEVO

FORMULACION :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	POR03AS001471 SALBUTAMOL 100 MCG/DOSIS SUSP PARA INHALAR ADMINISTRAR 2 Puff CADA 4 HORAS INHA 6AM--10AM--2PM--6PM--10PM		1.0 (uno)
Farmacia	MQ47325 INALOCAMARA PEDIATRICO CAJ X 1		1.0 (uno)

DIAGNOSTICO :

R509 FIEBRE, NO ESPECIFICADA



CLÍNICA META
 FECHA DÍA 30 MES 04 AÑO 2013 HORA 14:34
 INSTITUCION: INV. CLINICA DEL META S.A.
 MUNICIPIO: VILLAVICENCIO
 NOMBRE: ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA
 ENTIDAD: CAPITAL SALUD EPSS SAS.
 ETNIA: NO APLICA

Nº HISTORIA CLINICA: 000001122527092-01000001
 URGENCIAS
 CONSULTA INICIAL: _____ CONTROL: _____
 EDAD: M007 SEXO: (F.)
 Fecha de Nacimiento: 2012/09/26
 OCUPACION: NO APLICA

B349 INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA

ESTADO DE GRAVIDEZ: NO APLICA
 CAUSA EXTERNA : ENFERMEDAD GENERAL
 PERS. ATIENDE: MEDICO GENERAL
 SINTOMATICO RESPIRATORIO: SI



NRO FORMULA 1304301618521092

QUIROZ OSORIO OSCAR ANDRES id: 79,623,904 REG:50720/01 MEDICINA DE URGENCIAS Y D

Oscar Andres Quiroz O
 MEDICO Y CIRUJANO
 R.M. 50-720/01
 UNIVERSIDAD DE CALDAS

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

Tipo Afil: SIN DETERMINAR

CIERRE HISTORIA CLINICA MENDEZ SANCHEZ ADRIAN YESID ABR 30/2013
 ESTADO SALIDA : VIVO (a)

Adrian Yesid Méndez S.
 MEDICO - U.C.C.
 C.C. 06.0123074 - Reg: 50-11224

ATENDIDO POR: MENDEZ SANCHEZ ADRIAN YESID Reg. 50-11224



INV. CLINICA DEL META S.A.
 892,000,401

PAG. 7

HISTORIA CLINICA

Imprime: YLGD 24/09/2021 16:18

Nombre: ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC 000001122527092 - 01-000002

Fecha Ingreso: Oct. 17/2013	Hora: 08:38	Fecha de egreso: Oct. 17/2013	Hora: :	Grp Sang= Rh=
Edad: A001 F. Nac: 26/09/2012	Sexo: Fem. E. Civil: SOLTERO	Dir: CRA 18 N 17 B 11	VILLAVICENCIO	
Teléfono: 3203034505	Tipo Afiliación: SIN DETERMINAR	Acompañante:	Tel. Acompañante:	
Entidad: SALUDCOOP E.P.S.	OCUPAC: NO APLICA			
Etnia: NO APLICA	CONSULTA EXTERNA			
				Sucursal: 01 Folio: 000002

PROCEDENCIA :
 VILLAVICENCIO
 MOTIVO DE CONSULTA:
 ENDOTROPIA
 ENFERMEDAD ACTUAL :

HISTORIA CLINICA

Nombre:ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC 000001122527092 - 01-000002

PACIENTE DE UN AÑO DE EDAD, AL PARECER CON 34 SS EG, PN: 1800 GM. ESTUVO EN LA UCIN 20 DIAS (S
EPSIS NEONATAL, HIPERTENSION PULMONAR SEVERA, CON IDX INFARTO LACUNAR GANGLIO BASAL IZQ). CON
RETARDO DESARROLLO (ACTUALMENTE SE GIRA).
TIENE PENDIENTE RNM.
NOTAN DESDE EL 5TO MES ENDOTROPIA, MUY OCASIONALMENTE ORTHOFORICA. DE PREDOMINIO EN OJO IZQUIER
DO.

ANTECEDENTES

ALERGICOS:

NO REFIERE

EXAMEN VISUAL

AGUDEZA VISUAL	lejos (sc)	cerca (sc)	lejos (cc)	cerca (cc)
Ojo Derecho	CSM			
Ojo Izquierdo	CSM			
	Fórmula uso lejos	Fórmula uso cerca	Refracc. estat	refracc. dinámica
Ojo Derecho				
Ojo Izquierdo				
Adicion				
	Queratometria	Subjetivo		
Ojo Derecho				
Ojo izquierdo				
Adicion				

EXAMEN EXTERNO

P. I. O. : NSR
 MOVILIDAD OCULAR: CT: 13: ET 50- 60, VARIABLE
 IGUAL EN TODAS LAS POSICIONES DE MIRADA,
 PREFIERE OD.
 EXAMEN EXTERNOS: MOTILIDAD IGUAL EN AO
 BIOMICROSCOPIO: S/A: NORMAL AO
 SPARENTE
 FONDO DE OJO: CICLO ODI: +3.50 ESF
 POLO POSTERIOR NORMAL AO

PUNTAJE ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO

RANGO:		
MOTRICIDAD GRUESA	PT.DIRECTA:	PT.TIPICA:
MOTRICIDAD FINA	PT.DIRECTA:	PT.TIPICA:
AUDICION Y LENGUAJE	PT.DIRECTA:	PT.TIPICA:
PERSONAL SOCIAL	PT.DIRECTA:	PT.TIPICA:

DIAGNOSTICO :

H500 ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE
 H520 HIPERMETROPIA

ANALISIS

1. ENDOTROPIA CONGENITA VX PARCIALMENTE ACOMODATIVA
2. HIPERMETROPIA FISIOLÓGICA AO
- C/ 1. RX, SE EXPLICA QUE PUEDEN NO SERVIR LAS GAFAS O SERVIR PARCIALMENTE
2. CONTROL EN 6 SEMANAS
3. EXPLICACION DE LOS HALLAZGOS.

HISTORIA CLINICA

Imprime:YLGD 24/09/2021 16:18

Nombre:ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC 000001122527092 - 01-000002

TIPO DE DIAGNOSTICO: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA
CAUSA : ENFERMEDAD GENERAL
FINALIDAD : NO APLICA
RIESGO CARDIOVASCULAR:
RELACION ALBUMINA/CREATIN .00
ERC:

Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGIA
REG. 015052/97
M. Rojas

ATENDIDO POR: ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA Reg. 015052/97
OFTALMOLOGIA

Oct. 17/2013 08:38 evoluciono ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA OFTALMOLOGIA Folio:01000002

NOTA : OFTALMOLOGIA CONSULTA EXTERNA
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

FORMULACION :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Ordenes Medicas	ZZ0066 AFINAMIENTO TENSION ARTERIAL		1.0
	RX OD: +3.50 ESF OI: +3.50 ESF LENTES POLYCARBONATOS, MONTURA PLASTICO		(uno)
Interconsultas	890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS		1.0
	CONTROL EN 6 SEMANAS POR OFTALMOLOGIA PEDIATRICA		(uno)

DIAGNOSTICO :

H500 ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE
H520 HIPERMETROPIA

PERS.ATIENDE: OFTALMOLOGIA

Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGIA
REG. 015052/97
M. Rojas



NRO FORMULA 1310171618541092

ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA id: 52,621,315 REG:015052/97 OFTALMOLOGIA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

CIERRE HISTORIA CLINICA ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA OCT 17/2013

HISTORIA CLINICA

9/2021 16:18

Nombre: ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC

Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGA
Médica - R.C. 1000047
Handwritten signature: M. Rojas

ATENDIDO POR: ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA Reg. 015052/97

Fecha Ingreso: Dic. 12/2013	Hora: 11:25	Fecha de egreso: Dic. 12/2013	Hora: :	Grp Sang= Rh=
Edad: A001 F.Nac: 26/09/2012	Sexo: Fem.	E.Civil: SOLTERO	Dir: CRA 18 N 17 B 11	VILLAVICENCIO
Teléfono: 3203034505	Tipo Afiliación: SIN DETERMINAR Acompañante:		Tel. Acompañante:	
Entidad: ALIANSALUD - CAPITACION	OCUPAC: NO APLICA			
Etnia: NO APLICA				

CONSULTA EXTERNA

Sucursal: 01 Folio: 000003

PROCEDENCIA :

VILLAVICENCIO

MOTIVO DE CONSULTA:

CONTROL ET

ENFERMEDAD ACTUAL :

PACIENTE CON IDX ET CONGENITA VS PARCIALMENTE ACOMODATIVA. LA MAMA REFIERE QUE NO NOTA NINGUNA DIFERENCIA Y QUE NO SE DEJA LAS GAFAS

ANTECEDENTES

ALERGICOS:

NO REFIERE

EXAMEN VISUAL

AGUDEZA VISUAL	lejos (sc)	cerca (sc)	lejos (cc)	cerca (cc)
Ojo Derecho	CSM			
Ojo Izquierdo	CSM			
	Fórmula uso lejos	Fórmula uso cerca	Refracc. estat	refracc. dinámica
Ojo Derecho				
Ojo Izquierdo				
Adicion				
	Queratometria	Subjetivo		
Ojo Derecho				
Ojo izquierdo				
Adicion				

EXAMEN EXTERNO

P. I. O. : NSR
 MOVILIDAD OCULAR: CT: ET 60 POR KRIMSKY IGUAL EN TODAS LAS POSICIONES DE MIRAD (CON LAS GAFAS), NO HAY NINGUN CAMBIO CON LA MEDIDA ANTERIO
 EXAMEN EXTERNOS: R
 BIOMICROSCOPIO: ODI: S/A NORMAL AO SPARENTE
 FONDO DE OJO: NSR

PUNTAJE ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO

RANGO:
 MOTRICIDAD GRUESA PT.DIRECTA: PT.TIPICA:

HISTORIA CLINICA

Imprime:YLGD 24/09/2021 16:18

Nombre:ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC 000001122527092 - 01-000002

MOTRICIDAD FINA PT.DIRECTA: PT.TIPICA:
AUDICION Y LENGUAJE PT.DIRECTA: PT.TIPICA:
PERSONAL SOCIAL PT.DIRECTA: PT.TIPICA:

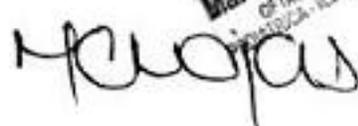
DIAGNOSTICO :

H500 ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE
H520 HIPERMETROPIA

ANALISIS

IDX 1. ET CONGENITA
C/ CONTROL EN DOS MESES PARA DECIDIR CIRUGIA.
EXPLICACION DE LOS HALLAZGOS, SE CONTINUARAN LAS GAFAS.
ME CUENTA QUE SE TOMARON PVE, SE REVISAN Y ESTAN DENTRO DE LIMITES NORMALES.
TIPO DE DIAGNOSTICO: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA
CAUSA : ENFERMEDAD GENERAL
FINALIDAD : NO APLICA
RIESGO CARDIOVASCULAR:
RELACION ALBUMINA/CREATIN .00
ERC:

Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGIA
MARIQUITA R.L. 000001122527092-01



ATENDIDO POR: ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA Reg. 015052/97
OFTALMOLOGIA

Dic. 12/2013 11:25 evoluciono ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA OFTALMOLOGIA Folio:01000003

NOTA : OFTALMOLOGIA CONSULTA EXTERNA

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

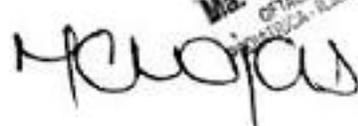
TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Interconsultas	890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS		1.0
	<u>CONTROL POR OFTALMOLOGIA PEDIATRICA EN DOS MESES</u>		(uno)

DIAGNOSTICO :

H500 ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE
H520 HIPERMETROPIA

PERS.ATIENDE: OFTALMOLOGIA

Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGIA
MARIQUITA R.L. 000001122527092-01




HISTORIA CLINICA

Nombre:ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC 000001122527092 - 01-000002

NRO FORMULA 1312121618551092
ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA id: 52,621,315 REG:015052/97 OFTALMOLOGIA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS Tipo Afil:SIN DETERMINAR

CIERRE HISTORIA CLINICA ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA DIC 12/2013

Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGIA
MATERIA: R.L. 100000-47
M. Rojas

ATENDIDO POR: ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA Reg. 015052/97

Fecha Ingreso: Feb. 20/2014	Hora:10:33	Fecha de egreso: Feb. 20/2014	Hora: :	Grp Sang=	Rh=
Edad: A001 F.Nac:26/09/2012	Sexo:Fem. E.Civil:SOLTERO	Dir:CRA 18 N 17 B 11	VILLAVICENCIO		
Teléfono: 3203034505	Tipo Afiliación: SIN DETERMINAR	Acompañante:	Tel. Acompañante:		
Entidad:SALUDCOOP E.P.S.	OCUPAC:NO APLICA				
Etnia: NO APLICA	CONSULTA EXTERNA				
Sucursal:01 Folio:000004					

PROCEDENCIA :

VILLAVICENCIO

MOTIVO DE CONSULTA:

CONTROL ET CONGENTITA

ENFERMEDAD ACTUAL :

PACIENTE CON IDX ET CONGENITA. SE LE FORMULARON GAFAS HACE 4 MESES PERO NO SE LAS DEJA Y LOS P APAS NO NOTARON NINGUNA MEJORIA.
HOY CONTROL PRE-QX

ANTECEDENTES

ALERGICOS:

NO REFIERE

EXAMEN VISUAL

AGUDEZA VISUAL	lejos (sc)	cerca (sc)	lejos (cc)	cerca (cc)
Ojo Derecho	CSM			
Ojo Izquierdo	CS NO M			
	Fórmula uso lejos	Fórmula uso cerca	Refracc. estat	refracc. dinámica
Ojo Derecho				
Ojo Izquierdo				
Adicion				
	Queratometria	Subjetivo		
Ojo Derecho				
Ojo izquierdo				
Adicion				

EXAMEN EXTERNO

P. I. O. : NSR

HISTORIA CLINICA

Nombre:ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC 000001122527092 - 01-000002

MOVILIDAD OCULAR: CT: ET 60, IGUAL EN TODAS LAS POSICIONES
DE MIRADA,
MOTILIDAD: NORMAL
EXAMEN EXTERNOS: NORMAL AMBOS OJOS
BIOMICROSCOPIO: ODI: NORMAL
SPARENTE
FONDO DE OJO: NSR

PUNTAJE ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO

RANGO:

MOTRICIDAD GRUESA	PT.DIRECTA:	PT.TIPICA:
MOTRICIDAD FINA	PT.DIRECTA:	PT.TIPICA:
AUDICION Y LENGUAJE	PT.DIRECTA:	PT.TIPICA:
PERSONAL SOCIAL	PT.DIRECTA:	PT.TIPICA:

DIAGNOSTICO :

H500 ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE

ANALISIS

IDX 1. ENDOTROPIA CONGENITA

C/ SE SUGIERE REALIZAR CORRECCION DE ESTRABISMO BILATERAL BAJO ANESTESIA GENERAL.

SE EXPLICA EL PROCEDIMIENTO , ASI COMO LOS RIESGOS:

-REOPERACION 20% - POR HIPO O HIPERDESVIACION

-INFECCION

-ALERGIA SUTURAS- QUISTES CONJUNTIVALES

-PERFORACION OCULAR, NECESIDAD DE LASER

LOS PAPAS ENTIENDEN Y ACEPTAN

TIPO DE DIAGNOSTICO: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

CAUSA : ENFERMEDAD GENERAL

FINALIDAD : NO APLICA

RIESGO CARDIOVASCULAR:

RELACION ALBUMINA/CREATIN .00

ERC:



ATENDIDO POR: ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA Reg. 015052/97
OFTALMOLOGIA

Feb. 20/2014 10:33 evoluciono ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA OFTALMOLOGIA Folio:01000004

NOTA : OFTALMOLOGIA CONSULTA EXTERNA

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

F O R M U L A C I O N :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
------	-------------	-----------	-------

Ordenes Medicas	ZZ0066	AFINAMIENTO TENSION ARTERIAL	1.0
		<u>SS AUTORIZAR CORRECCION DE ESTRABISMO BILATERAL</u>	(uno)

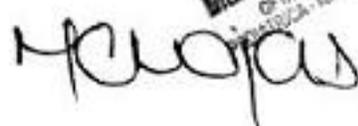
HISTORIA CLINICA

Nombre:ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC 000001122527092 - 01-000002

Interconsultas 890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES M 1.0
EDICAS
SS VALORACION PRE-ANESTESICA (uno)

DIAGNOSTICO :
H500 ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE

PERS.ATIENDE: OFTALMOLOGIA



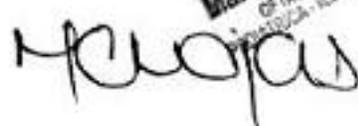
Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGIA
CARRERA 14B, VILLAVICENCIO



NRO FORMULA 1402201618561092
ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA id: 52,621,315 REG:015052/97 OFTALMOLOGIA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS Tipo Afil:SIN DETERMINAR

CIERRE HISTORIA CLINICA ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA FEB 20/2014



Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGIA
CARRERA 14B, VILLAVICENCIO

ATENDIDO POR: ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA Reg. 015052/97

Fecha Ingreso: Abr. 29/2014	Hora:11:44	Fecha de egreso: Abr. 29/2014	Hora:00:00	Grp Sang=	Rh=
Edad: A001 F.Nac:26/09/2012	Sexo:Fem.	E.Civil:SOLTERO	Dir:CRA 18 N 17 B 11	VILLAVICENCIO	
Teléfono: 3203034505	Tipo Afiliación: SIN DETERMINAR Acompañante:			Tel. Acompañante:	
Entidad:SALUDCOOP E.P.S.	OCUPAC:NO APLICA				
Etnia: NO APLICA	CIRUGIA				
					Sucursal:01 Folio:000005

PROCEDENCIA :
VILLAVICENCIO- SALUCOOP

MOTIVO DE CONSULTA:
CIRUGIA
CORRECCION DE ESTRABISMO BILATERAL DRA: ROJAS

PUNTAJE ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO

RANGO:
MOTRICIDAD GRUESA PT.DIRECTA: PT.TIPICA:
MOTRICIDAD FINA PT.DIRECTA: PT.TIPICA:
AUDICION Y LENGUAJE PT.DIRECTA: PT.TIPICA:
PERSONAL SOCIAL PT.DIRECTA: PT.TIPICA:
RIESGO CARDIOVASCULAR:
RELACION ALBUMINA/CREATIN .00
ERC:

HISTORIA CLINICA

Nombre:ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC 000001122527092 - 01-000002

ATENDIDO POR: RIVEROS ORTIZ JESSICA ANDREA Reg. 50-14902
ATENCION DE ENFERMERIA EN URGENCIAS

Abr. 29/2014 13:32 evoluciono ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA OFTALMOLOGIA Folio:01000005

NOTA : OFTALMOLOGIA CIRUGIA

PROCEDIMIENTO: 154101 *EINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS RECTOS (UNO O DOS)

PROCEDIMIENTO: 154101 *EINSERCIÓN O RETROINSERCIÓN DE MUSCULOS RECTOS (UNO O DOS)

DESCRIPCIÓN QUIRURGICA

FECHA PROCEDIMIENTO: 29 ABRIL 2014

HORA INICIO: 12:55 PM HORA FINAL: 1:45 PM

DIAGNOSTICO DE INGRESO:ENDOTROPIA

DIAGNOSTICO DE SALIDA :IDEM

CIRUJANO: DRA MCROJAS

ANESTESIOLOGO: DRA. VELAZQUEZ

AYUDANTE: NO

INSTRUMENTADORA: ROSEMAY-MARYI

PROCEDIMIENTOS : CORRECCION DE ESTRABISMO BILATERAL

HALLAZGOS:

PATOLOGIAS : NO

DESCRIPCIÓN: 1. ASEPSIA Y ANTISEPSIA BAG

2. REPARO CON SEDA 6-0 A LAS 6 Y 12 OJO DERECHO

3.PERITOMIA NASAL- HEMOSTASIA

4. DISECCION DEL RECTO MEDIO CON VICRYL 6-0

5. RETROINSERCIÓN A -6.0 DE LA INSERCIÓN ORIGINAL (5.0 MM)

6. SE AFRONTA CONJUNTIVA CON VICRYL 8-0

7. IGUAL PROCEDIMIENTO EN EL OJO IZQUIERDO

COMPLICACIONES NO

C/ CONTROL MAÑANA 7 AM EN EL CONSULTORIO 204, TORRE ESPECIALISTAS CLINICA META, SE DA FORMULA Y

SE DAN SIGNOS DE ALARMA

TIPO DE DIAGN:

FORMULACION :

TIPO	DESCRIPCIÓN	DIAS TTO.	CANT.
Ordenes Medicas	ZZ0066 AFINAMIENTO TENSION ARTERIAL		1.0
	<u>FLOBACT- D COLIRIO APLICAR UNA GOTTA CADA 4 HORAS EN AMBOS OJOS</u>		(uno)
Ordenes Medicas	ZZ0066 AFINAMIENTO TENSION ARTERIAL		1.0
	<u>DOLEX GOTAS DAR 18 GOTAS CADA 6 HORAS O SEGUN DOLOR</u>		(uno)
Interconsultas	890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS		1.0
	<u>CONTROL MASANA 7 AM, CONSULTORIO 204 TORRE ESPECIALISTAS</u>		(uno)

HISTORIA CLINICA

Imprime:YLGD 24/09/2021 16:18

Nombre:ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC 000001122527092 - 01-000002

DIAGNOSTICO :

H500 ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE

ESTADO SALIDA: VIVO (a) PERS.ATIENDE: OFTALMOLOGIA

Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGIA
MARIANA R.L. VILLAVICENCIO

Ma. Camila Rojas



NRO FORMULA 1404291618571092

ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA id: 52,621,315 REG:015052/97 OFTALMOLOGIA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

CIERRE HISTORIA CLINICA LILIA PARRADO VARGAS

ABR 29/2014

ESTADO SALIDA : VIVO (a)

ATENDIDO POR: RIVEROS ORTIZ JESSICA ANDREA Reg. 50-14902

Fecha Ingreso: Abr. 30/2014	Hora:07:28	Fecha de egreso: Abr. 30/2014	Hora:00:00	Grp Sang= Rh=
Edad: A001 F.Nac:26/09/2012	Sexo:Fem. E.Civil:SOLTERO	Dir:CRA 18 N 17 B 11	VILLAVICENCIO	
Teléfono: 3203034505	Tipo Afiliación: SIN DETERMINAR	Acompañante:	Tel. Acompañante:	
Entidad:SALUDCOOP E.P.S.	OCUPAC:NO APLICA			
Etnia: NO APLICA				
CONSULTA EXTERNA			Sucursal:01 Folio:000006	

PROCEDENCIA :

VILLAVICENCIO

MOTIVO DE CONSULTA:

CONTROL POP

ENFERMEDAD ACTUAL :

PACIENTE EN SU PRIMER DIA POP BMRR -6.0. EN TTO CON FLOBACT-D CADA 4 HRS. ASINTOMATICA.

ANTECEDENTES

ALERGICOS:

NO REFIERE

EXAMEN VISUAL

AGUDEZA VISUAL	lejos (sc)	cerca (sc)	lejos (cc)	cerca (cc)
Ojo Derecho	CSM			
Ojo Izquierdo	CS NO M			
	Fórmula uso lejos	Fórmula uso cerca	Refracc. estat	refracc. dinámica
Ojo Derecho				

HISTORIA CLINICA

Imprime:YLGD 24/09/2021 16:18

Nombre:ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC 000001122527092 - 01-000002

FORMULACION :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Interconsultas	890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS		1.0
	<u>CONTROL EN 20 DIAS</u>		(uno)

DIAGNOSTICO :

H500 ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE

PERS.ATIENDE: OFTALMOLOGIA

Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGIA
MATR. C.R. 015052/97
Ma. Camila Rojas



NRO FORMULA 1404301618581092

ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA id: 52,621,315 REG:015052/97 OFTALMOLOGIA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

CIERRE HISTORIA CLINICA ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA ABR 30/2014

ESTADO SALIDA : VIVO (a)

Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGIA
MATR. C.R. 015052/97
Ma. Camila Rojas

ATENDIDO POR: ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA Reg. 015052/97

Fecha Ingreso: May. 24/2014	Hora:10:05	Fecha de egreso: May. 24/2014	Hora:00:00	Grp Sang= Rh=
Edad: A001 F.Nac:26/09/2012	Sexo:Fem. E.Civil:SOLTERO	Dir:CRA 18 N 17 B 11	VILLAVICENCIO	
Teléfono: 3203034505	Tipo Afiliación: SIN DETERMINAR	Acompañante:	Tel. Acompañante:	
Entidad:SALUDCOOP E.P.S.	OCUPAC:NO APLICA			
Etnia: NO APLICA	CONSULTA EXTERNA		Sucursal:01 Folio:000007	

PROCEDENCIA :

VILLAVICENCIO

MOTIVO DE CONSULTA:

CONTROL POP

ENFERMEDAD ACTUAL :

PACIENTE CON POP 25 DIAS CX ESTRABISMO BMRR

OCASIONALMENTE ENDOTROPIA

ANTECEDENTES

ALERGICOS:

NO REFIERE

HISTORIA CLINICA

Nombre:ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC 000001122527092 - 01-000002

EXAMEN VISUAL

AGUDEZA VISUAL	lejos (sc)	cerca (sc)	lejos (cc)	cerca (cc)
Ojo Derecho	CSM			
Ojo Izquierdo	CS NO M			
	Fórmula uso lejos	Fórmula uso cerca	Refracc. estat	refracc. dinámica
Ojo Derecho				
Ojo Izquierdo				
Adicion				
	Queratometria	Subjetivo		
Ojo Derecho				
Ojo izquierdo				
Adicion				

EXAMEN EXTERNO

MOVILIDAD OCULAR: CT: ORTHO- E(T)
MOTILIDAD BIEN

EXAMEN EXTERNOS: NORMAL AMBOS OJOS

BIOMICROSCOPIO: ODI: NO HIPEREMIA, NO OBSERVO SUTURAS
RESTO NORMAL
SPARENTE

PUNTAJE ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO

RANGO:

MOTRICIDAD GRUESA	PT.DIRECTA:	PT.TIPICA:
MOTRICIDAD FINA	PT.DIRECTA:	PT.TIPICA:
AUDICION Y LENGUAJE	PT.DIRECTA:	PT.TIPICA:
PERSONAL SOCIAL	PT.DIRECTA:	PT.TIPICA:

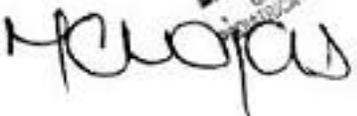
DIAGNOSTICO :

H500 ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE

ANALISIS

IDX 1. POP CX ESTRABISMO
C/ CONTROL UN MES
EXPLICACIOND E LOS HALLAZOGS.
INDICACIONES
TIPO DE DIAGNOSTICO: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA
CAUSA : ENFERMEDAD GENERAL
FINALIDAD : NO APLICA
RIESGO CARDIOVASCULAR:
RELACION ALBUMINA/CREATIN .00
ERC:

Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGIA
JARAMILLO M.A. JARAMILLO M.A.



HISTORIA CLINICA

Nombre:ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC 000001122527092 - 01-000002

ENFERMEDAD ACTUAL :

POP ABRIL 29/14 , CORRECCION DE ESTRABISMO BILATERAL (-6.0 MM)
ASINTOMATICA.

ANTECEDENTES

ALERGICOS:

NO REFIERE

EXAMEN VISUAL

AGUDEZA VISUAL	lejos (sc)	cerca (sc)	lejos (cc)	cerca (cc)
Ojo Derecho	CSM			
Ojo Izquierdo	CS NO M			
	Fórmula uso lejos	Fórmula uso cerca	Refracc. estat	refracc. dinámica
Ojo Derecho				
Ojo Izquierdo				
Adicion				
	Queratometria	Subjetivo		
Ojo Derecho				
Ojo izquierdo				
Adicion				

EXAMEN EXTERNO

MOVILIDAD OCULAR: CT: ORTHO - E(T)
MOTILIDAD: NORMAL
EXAMEN EXTERNOS: NORMAL AMBOS OJOS
BIOMICROSCOPIO: ODI: DENTRO DE LIMITES NORMALES
SPARENTE
FONDO DE OJO: ODI: NSR

PUNTAJE ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO

RANGO:
MOTRICIDAD GRUESA PT.DIRECTA: PT.TIPICA:
MOTRICIDAD FINA PT.DIRECTA: PT.TIPICA:
AUDICION Y LENGUAJE PT.DIRECTA: PT.TIPICA:
PERSONAL SOCIAL PT.DIRECTA: PT.TIPICA:

DIAGNOSTICO :

H500 ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE

ANALISIS

IDX POP CX ET
AMBLIOPIA OI
C/ SE INICIA OCLUSION OI 4 HRS DIA
CONTROL EN 1 MES
EXPLICACION
TIPO DE DIAGNOSTICO: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA
CAUSA : ENFERMEDAD GENERAL
FINALIDAD : NO APLICA
RIESGO CARDIOVASCULAR:
RELACION ALBUMINA/CREATIN .00
ERC:

HISTORIA CLINICA

Imprime:YLGD 24/09/2021 16:18

Nombre:ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC

Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGIA
PEDIATRICA - R.L. VILLAVICENCIO

Handwritten signature: M. Rojas

ATENDIDO POR: ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA Reg. 015052/97
OFTALMOLOGIA

Jul. 10/2014 09:33 evoluciono ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA OFTALMOLOGIA Folio:01000008

NOTA : OFTALMOLOGIA CONSULTA EXTERNA

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

FORMULACION :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Interconsultas	890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS		1.0
Ordenes Medicas	CONTROL EN UN MES POR OFTALMOLOGIA PEDIATRICA		(uno)
	ZZ0066 AFINAMIENTO TENSION ARTERIAL		1.0
	PARCHAR EL OJO DERECHO 4 HORAS, NO SUSPENDER.		(uno)

DIAGNOSTICO :
H500 ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE

PERS.ATIENDE: OFTALMOLOGIA

Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGIA
PEDIATRICA - R.L. VILLAVICENCIO

Handwritten signature: M. Rojas



NRO FORMULA 1407101619011092

ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA id: 52,621,315 REG:015052/97 OFTALMOLOGIA

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

Tipo Afil:SIN DETERMINAR

CIERRE HISTORIA CLINICA ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA JUL 10/2014

ESTADO SALIDA : VIVO (a)

Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGIA
PEDIATRICA - R.L. VILLAVICENCIO

Handwritten signature: M. Rojas

ATENDIDO POR: ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA Reg. 015052/97

Fecha Ingreso: May. 28/2015	Hora:08:29	Fecha de egreso: May. 28/2015	Hora:00:00	Grp Sang= Rh=
Edad: A002	F.Nac:26/09/2012	Sexo:Fem.	E.Civil:SOLTERO	Dir:CRA 18 N 17 B 11 VILLAVICENCIO

HISTORIA CLINICA

Imprime:YLGD 24/09/2021 16:18

Nombre:ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC 000001122527092 - 01-000002

Teléfono: 3203034505 Tipo Afiliación: SIN DETERMINAR Acompañante: Tel. Acompañante:

Entidad:SALUDCOOP E.P.S. OCUPAC:NO APLICA

Etnia: NO APLICA

CONSULTA EXTERNA

Sucursal:01 Folio:000009

PROCEDENCIA :

VILLAVICENCIO

MOTIVO DE CONSULTA:

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL :

PACIENTE CON POP 1 Año DE BMRR (-6.0 MM). FUE VALORADA POR ULTIMA VEZ HACE UN Año, TIEMPO EN E L CUAL SE LE HABIA INICIADO OCLUSION OD 4 HRS,PERO NO LO HA UTILIZADO Y NO HA SIDO VALORADA EN OTRA INSTITUCION.

A N T E C E D E N T E S

ALERGICOS:

NO REFIERE

EXAMEN VISUAL

AGUDEZA VISUAL	lejos (sc)	cerca (sc)	lejos (cc)	cerca (cc)
Ojo Derecho	CSM			
Ojo Izquierdo	CS NO M			
	Fórmula uso lejos	Fórmula uso cerca	Refracc. estat	refracc. dinámica
Ojo Derecho				
Ojo Izquierdo				
Adicion				
	Queratometria	Subjetivo		
Ojo Derecho				
Ojo izquierdo				
Adicion				

EXAMEN EXTERNO

P. I. O. : NSR
 MOVILIDAD OCULAR: CT: ORTHO ---- E(T) PREFERE FIJAR CON E L OJO DERECHO
 MOTILIDAD: NORMAL
 EXAMEN EXTERNOS: NORMAL AMBOS OJOS
 BIOMICROSCOPIO: S/A NORMAL AO
 CICLO: ODI: +2.50 ESF SPARENTE
 FONDO DE OJO: ODI: N.OPTICO NORMAL, RETINA NORMAL

PUNTAJE ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO

RANGO:

MOTRICIDAD GRUESA	PT.DIRECTA:	PT.TIPICA:
MOTRICIDAD FINA	PT.DIRECTA:	PT.TIPICA:
AUDICION Y LENGUAJE	PT.DIRECTA:	PT.TIPICA:
PERSONAL SOCIAL	PT.DIRECTA:	PT.TIPICA:

DIAGNOSTICO :

H500 ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE

A N A L I S I S

HISTORIA CLINICA

Nombre: ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC 000001122527092 - 01-000002

IDX 1. ENDOTROPIA RESIDUAL

AMBLIOPIA OI - ESTRABICO

C/ INICIAR OCLUSION 2 HRS DIA OD.

CONTROL EN DOS MESES, DEBE ASISTIR PARA EVALUAR LA AMBLIOPIA Y EVITAR POSIBILIDAD DE CEGUERA O BAJA VISION EN ESE OJO IZQUIERDO, PODRIA ADEMAS EVITARSE UNA SEGUNDA CORRECCION DE ESTRABISMO.

EXPLICACION

TIPO DE DIAGNOSTICO: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

CAUSA : ENFERMEDAD GENERAL

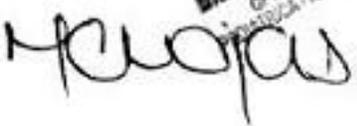
FINALIDAD : NO APLICA

RIESGO CARDIOVASCULAR:

RELACION ALBUMINA/CREATIN .00

ERC:

Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGIA
PEDIATRICA - R.L. VIVERAZ



ATENDIDO POR: ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA Reg. 015052/97
OFTALMOLOGIA

May. 28/2015 08:29 evoluciono ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA OFTALMOLOGIA Folio:01000009

NOTA : OFTALMOLOGIA

CONSULTA EXTERNA

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

FORMULACION :

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Interconsultas	890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS		1.0
	<u>480</u>		(uno)
	<u>CONTROL POR OFTALMOLOGIA PEDIATRICA EN DOS MESES</u>		
Ordenes Medicas	ZZ0066 AFINAMIENTO TENSION ARTERIAL		1.0
	<u>PARCHAR EL OJO DERECHO DOS HORAS AL DIA MIENTRAS HACE ESFUERZO VISUAL.</u>		(uno)

DIAGNOSTICO :

H500 ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE

PERS.ATIENDE: OFTALMOLOGIA

Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGIA
PEDIATRICA - R.L. VIVERAZ




NRO FORMULA 1505281619021092

ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA id: 52,621,315 REG:015052/97 OFTALMOLOGIA

HISTORIA CLINICA

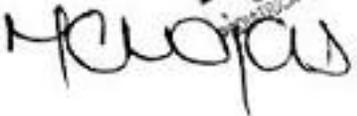
Nombre: ESCOBAR HERNANDEZ NAHIARA RC 000001122527092 - 01-000002

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

Tipo Afil: SIN DETERMINAR

CIERRE HISTORIA CLINICA ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA MAY 28/2015

ESTADO SALIDA : VIVO (a)



Ma. Camila Rojas
OFTALMOLOGA
MÉDICA - B.S. 110004-07

ATENDIDO POR: ROJAS JARAMILLO MARIA CAMILA Reg. 015052/97