



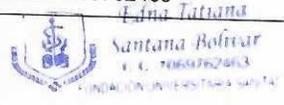
COLSUBSIDIO NIT 860007336-1  
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR  
Número de orden: 37315885

<b>Nombre del paciente:</b>	NELLY BARRAGAN GOMEZ	<b>Identificación:CC</b>	23798544
<b>Edad :</b> 69 Años 4 Meses 16 Dias	<b>Fecha de nacimiento:</b> 08-may-53	<b>Sexo:</b> Femenino	
<b>Convenio:</b> FAM SUBSIDIADO-CAPITA	<b>T.Vinculación:</b> RST: Reg Sub.Total	<b>Categoría:</b> B	<b>Dx:</b> B24X

Prestación	Denominación	Mipres	Localización	Comentario	Cantidad
PC91010201	PAQUETE DE OXIGENO DOMICILIARIO - MENOR18 HORAS				0001

**Justificación:**  
BALA+CANULA NASAL+CONCENTRADOR

**Profesional:**EDNA SANTANA CC 1069762463



IDENTIFICACIÓN		COLSUBSIDIO NIT 860007336-1			
Nombre del Paciente	NELLY BARRAGAN GOMEZ	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	23798544
Fecha de nacimiento	08/05/1953	Edad atención	69 años 4 meses	Edad actual	69 años 4 meses
Sexo	Femenino	Estado civil	Soltero/a	Ocupación	AMA DE CASA
Dirección de domicilio	CLL 69 B BIS 78-15 SUR	Teléfono domicilio		Lugar de residencia	BOGOTA D.C
Acudiente		Parentesco		Teléfono acudiente	
Acompañante		Teléfono acompañante			
Asegurador	FAM SUBSIDIADO-CAPITA	Categoría	B	Tipo de vinculación	RST: Reg Sub.Total
Episodio	64396439	Lugar de atención	CM AV 1 MAYO	Cama	
Fecha de la atención	23/09/2022	Hora de atención	15:25:13		

HISTORIA CLÍNICA GENERAL	
<b>FACTORES DE RIESGO</b>	
29/04/2015	Hipertensión Pulmonar
29/04/2015	Hipertensión Arterial
<b>Estado de Ingreso:</b>	Vivo
Causa externa:	Otra
Finalidad de la consulta:	Detección de alteraciones del adulto
Motivo de consulta:	PACIENTE REFIERE *VENGO POR VAFIAS COSAS*
<b>Enfermedad actual:</b>	
<p>--PREVIO ATENCION DEL PACIENTE SE REALIZA LAVADO DE MANOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (BATA, CARETA, TAPABOCAS, GORRO, POLAINAS) SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL. OCUPACION: AMA DE CASA ESCOLARIDAD: 3 PRIMARIA DIRECCION: CL 69B BIS 78 15 SUR NUEVA GRANADA TELEFONO: 3115816449 ASISTE: EN COMPANIA DE HIJA NELLY MANOSALVA VACUNACION COVID 19: TRES DOSIS PFIZER PACIENTE DE 69 ANOS CON ANTECEDENTE DE LINFOMA DE BURKITT QUIEN CONSULTA EN COMPANIA DE HIJA SOLICITANDO RENOVAR OXIGENO DOMICILIARIO, REFIERE OJO ROJO OCASIONAL, REFIERE SENSACION DE MALESTAR Y FATIGA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA, NIEGA VIAJES NACIONALES O INTERNACIONALES EN LOS ULTIMOS 15 DIAS, NIEGA CONTACTO CON PERSONAS DIAGNOSTICADAS O SOSPECHOSAS PARA COVID 19, NIEGA SER TRABAJADOR DE LA SALUD Y PERSONAL QUE LABORA CON PACIENTES CON IRAG O TENER CONTACTO ESTRECHO CON CASOS PROBABLES Y/O CONFIRMADOS CON COVID-19. SE INDAGA SI EN LOS ULTIMOS DIAS PACIENTE SI HA PRESENTADO LOS SIGUIENTES SINTOMAS: 1. TOS: NIEGA 2. FIEBRE CUANTIFICADA: NIEGA 3. DIFICULTAD RESPIRATORIA: NIEGA 4. FATIGA/MIALGIAS: NIEGA 5. SINTOMAS GASTROINTESTINALES: NIEGA 6. DOLOR EN GARGANTA: NIEGA 7. USO DE TRANSPORTE PUBLICO: SI 8. PERDIDA DEL OLFATO O DEL GUSTO: NIEGA 9. ES TRABAJADOR DE LA SALUD: NIEGA 10. CONTACTO CON PACIENTE SOSPECHOSOS O CONFIRMADO COVID 19: NIEGA PACIENTE SIN CRITERIOS NI SINTOMAS PARA SOSPECHA DE COVID 19, SIN EMBARGO, SE INDICA A PACIENTE SI PRESENTA SINTOMAS RESPIRATORIOS O ALGUNOS DE LOS SINTOMAS YA DESCRITOS, DEBE ESTABLECER COMUNICACION DESDE EL DOMICILIO CON LA LINEA DE: - SECRETARIA DE SALUD LINEA 123 Y 192 DESDE TELEFONOS MOVIL, LINEA NACIONAL 018000955590. BOGOTA 3:05041 - FAMILIAR: LINEA NACIONAL 018000916662. BOGOTA: 6531387 - - LINEA COVID: 4431830 PARA ORIENTACION Y SI CUMPLE CON LA DEFINICION DE CASO SOSPECHOSO SE REALIZARA LA RESPECTIVA VALORACION. EVALUACION PSICOLOGICA ?SE HA SENTIDO NERVIOSO, ANGUSTIADO, O MUY TENSO? NIEGA ?ES CAPAZ DE CONTROLAR LAS PREOCUPACIONES? SI ?SE SIENTE MUY INQUIETO POR DIFERENTES COSAS? NIEGA ?TIENE PROBLEMAS PARA RELAJARSE? NIEGA ?TIENDE A ENFADARSE O IRRITARSE CON FACILIDAD? NIEGA ?TIENE POCO INTERES O ALEGRIA POR HACER COSAS? NIEGA ?SE SIENTE DECAIDO, DEPRIMIDO O SIN ESPERANZA? NIEGA</p>	
<b>Revisión por Sistemas</b>	
Endocrinológico:	NIEGA SÍNTOMAS
Órganos de los sentidos:	NIEGA SÍNTOMAS
Cardiopulmonar:	NIEGA SÍNTOMAS
Gastrointestinal:	HABITO 1 X DIA
Genitourinario:	NIEGA SÍNTOMAS
Osteomuscular:	NIEGA SÍNTOMAS
Neurológico:	NIEGA SÍNTOMAS
Piel y Faneras:	NIEGA SÍNTOMAS
Otros:	NIEGA SÍNTOMAS
<b>Examen Físico</b>	

**IDENTIFICACIÓN**Nombre del paciente **NELLY BARRAGAN GOMEZ**

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 23798544

I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)		NO		Diag. Tratam	SANTANA, EDNA
Z136	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTOR		NO		Diag. Tratam	SANTANA, EDNA
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION		NO		Diag. Tratam	SANTANA, EDNA

**Evolución**

Fecha:23/09/2022 Hora: 15:46

Tipo de Evolución: Manejo Ambulatorio

Uso de Oxigeno: NO

## Descripción:

PACIENTE DE 69 AÑOS CON ANTECEDENTES DESCRITOS EN EL MOMENTO CLÍNICAMENTE ESTABLE, ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SATURACIONES DENTRO DE LÍMITES NORMALES, AUSCULTACIÓN PULMONAR SIN AGREGADOS, AUSCULTACIÓN CARDIACA RÍTMICA SIN SOPLOS, ABDOMEN NO DOLOROSO SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS, SE RENUEVA ORDEN DE OXIGENO DOMICILIARIO, PACIENTE NO ADHERENTE A MANDJO ANTIHIPERTENSIVO, REIFERE LES EINTAN MAL, EXPLICO IMPORTANCIA DE TOMAR MEDICAMENTOS COMO HAN SIDO FORMULADOS, SOLICITO VALOFACION POR MEDICINA FAMILIAR, SE DAN RECOMENDACIONES DE DIETA ( REDUCIR EL CONSUMO DE CARBOHIDRATOS Y GRASAS SATURADAS, AUMENTAR EL CONSUMO DE VERDURAS QUE DEBE SER LA MITAD DEL PLATO Y CONSUMO DIARIO DE PROTEÍNA) Y EJERCICIO AERÓBICO ( CAMINATAS, MONTAR EN BICICLETA, NATACIÓN) AL MENOS TRES VECES A LA SEMANA, SE INSISTE EN AUMENTO DE RIESGO PARA ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (HIPERTENSIÓN, DIABETES, DISLIPIDEMIA) PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA (SI PRESENTA HAY SANGRADO AL ORINAR, DOLOR ABDOMINAL AGUDO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, FIEBRE QUE NO MEJORE CON ACETAMINOFÉN, DOLOR DE CABEZA O DOLOR TORÁCICO FUERTE, VÓMITO, NO TOLERA VÍA ORAL, DEPOSICIONES LÍQUIDAS CON SANGRE ASISTIR POR URGENCIAS), SE DAN RECOMENDACIONES DE PLANIFICACIÓN, USO DE PRESERVATIVO EN TODAS LAS RELACIONES SEXUALES, MEJORAR HÁBITOS Y HORARIOS DE ALIMENTACIÓN (DISMINUIR HARINAS AZÚCARES SAL Y GRASAS, AJUMENTAR FRUTA VERDURA FIBRA AGUA), ACTIVIDAD FÍSICA 30 MINUTOS DÍA. PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. SE EXPLICA DERECHO DEL MES (QUE SE MANTENGA ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD SOBRE SU HISTORIA CLÍNICA) Y DEBER DEL MES (CUMPLIR DE MANERA RESPONSABLE LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE LO ATIENDAN) \*\*\* PREVENCIÓN COVID 19 USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS, EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA, AUMENTAR INGESTA DE LÍQUIDO, VENTILAR ESPACIOS CERRADOS, EVITE CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS, MANTENGA AISLAMIENTO DE 2 METROS CON LAS DEMÁS PERSONAS. \*\*\* CANALES DE ASIGNACIÓN DE CITAS DE MEDICINA GENERAL, ODONTOLOGÍA, AYUDAS DIAGNÓSTICAS ( LABORATORIO, CITOLOGÍAS) Y ESPECIALIDADES.-WHATSAPP SANTIAGO (3124043993)-PORTAL WEB WWW.COLSUBSIDIO.COM/SALUD (USUARIO Y CONTRASEÑA DEL USUARIO)Y EL IVR (24 HORAS 7 DÍAS)-LÍNEA SERVICIO 7447525 HORARIO DE LUNES A VIERNES OPTICENTRO: 3258025

Responsable: SANTANA, EDNA

Documento de Identidad: 1069762463

Especialidad: MEDICINA GENERAL

**Órdenes Clínicas Ambulatorias**

Fecha:23/09/2022 Hora:15:39

Código	Descripción de la prestación	Responsable	Especialidad	Prioridad	Unidad organizativa de solicitud	Estatus	Fecha del estatus	Motivo del estatus
PC91010201	PAQUETE DE OXIGENO DOMICILIARIO - MENOR 18 HORAS	SANTANA, EDNA	MEDICINA GENERAL	No Prioritaria	31UTMEGE	Sol N conf		

Justificación: BALA+CANULA NASAL+CONCENTRADOR