

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente BERTA LIA QUINTERO ATEHORTUA **DOCUMENTO / HISTORIA** 21659422
Edad 63 Años \ 5 Meses \ 7 Días **Sexo** Femenino **Estado Civil** UnionLibre
Fecha Nacimiento 17/12/1958 **Dirección** CALLE 43B Nro 45 -44 MANRIQUE SAN BLAS **Teléfono** 3164390016-3116001217
Cama Area CONSULTA EXTERNA **Ingreso** 426505 **Fecha Ingreso** 24/05/2022 4:04:57 p. m.

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA **Regimen** Subsidiado **Estrato** SUBSIDIADO NIVEL 1 2022
SALUD EPS

Nombre Acudiente

Teléfono

Parentesco

Nombre

Teléfono

Acompañante

FOLIO N° 1661

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

24 de mayo de 2022

MOTIVO DE LA CONSULTA

Tengo epoc

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente consospecha ASMA/EPOC y sahos, hospitalizaicones hace mas e 2 años. tiene vacuasnde cvoid e influenza, no tiene nuevos exámenes. disnea mMRC 2/4. No ha sido rehabilitada. usa umeclidinio vilnanterol flutiasona. Ademas tiene CPAP usa uautoCPAP adecuada adherencia, mejora de somnolencia.

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	29/11/2018	EPOC oxigeno requiriente ultima hospitalización hace mas de un añoHTA sin tratamiento (porque se mejoró)
Alérgicos	29/11/2018	niega
Quirúrgicos	29/11/2018	desconocidos
Farmacológicos	29/11/2018	salbutamol, bromuro de ipatropio
Quirúrgicos	29/11/2018	niega
Quirúrgicos	22/01/2020	Histerectomia
Farmacológicos	22/01/2020	LosartánAtorvastatinaB ipratropio.Salmutabol. Indacaterol/Glicoriponio
Médicos	22/01/2020	Epoc O2 requiriente Gold D, grupo 4 Mmrc 2HTA adherente al tratamiento
Médicos	24/03/2020	Epoc O2 requiriente Gold D, grupo 4 Mmrc 2HTA SAHOS
Quirúrgicos	24/03/2020	Tubectomia
Alérgicos	24/03/2020	Niega
Médicos	05/06/2021	Apnea de sueño
Médicos	18/09/2021	ASMA DEL ADULTO (se descarta EPOC x espiro sin obstrucción)

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Tóxicos	24/03/2020	Ninguno Ex fumadora de 1 paquete diario hasta hace 8 años

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza y Sentidos : Normal
Torax/Cardio/Pulmonar : Normal
Abdomen : Normal
Genito - Urinario : Normal
Músculo - Esquelético : Normal
Neurológico : Normal
Piel y Faneras : Normal

EXAMEN FISICO

Signos Vitales
TA: 130 / 70 mm Hg **TAM:** 90 mm Hg **FC:** 76 x min **FR:** 20 x min **Dolor** No **Temperatura:** 0.0 °C
Glucometria ☐ () mg/dl **S02** ☐ % **FIO2** ☐ % **Perfusion** < 2 seg **Estado de Conciencia:** Alerta
Peso Talla **IMC:** **PVC:** ☐ mmH2O

Estado General: buenas condicions generales
Cabeza y Sentidos: mucosas humedas y rosadsa
Cuello:
Cardio-Pulmonar-Vascular: expansion toracica completa, ruidos cardiacos ritmicos sin soplos, ruidos respiratorios disminuidos
Abdomen: blando depresible sin masas o megalias
Genito - Urinario:
Músculo - Esquelético: extremidades sin edemas llenado menor de 2 segundos
Neurológico: alerta, orientada en 3 esferas sin signos meningoges.
Piel y Faneras:



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
**HOSPITAL
LA MARÍA**
MEDELLÍN



E.S.E. HOSPITAL LA MARIA
HISTORIA CLÍNICA
HC CONSULTA EXTERNA

Pág. 2 de 2

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **BERTA LIA QUINTERO ATEHORTUA**

DOCUMENTO / HISTORIA

21659422

Cama
FOLIO N° 1661

Area **CONSULTA EXTERNA**

Ingreso **426505**

Fecha Ingreso **24/05/2022 16:04**

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

24 de mayo de 2022

ANÁLISIS:

Paciente de 63 años con diagnosticos descritos asiste a control se beneficia de continuar tratamiento establecido. Se deja orden de control en 4 meses, formula por 6 meses. Indico Control de espirometria, difusion, caminata, TACAR y gases. con resultados definiremos intervenciones adicionales

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y

LABORATORIO:

PLAN TERAPEUTICO:

control en 4 meses.
Formula por 6 meses.
Espirometria, difusion, caminata y gases.
TACAR

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA		☒	Presuntivo

PLAN DE TRATAMIENTO

CANTIDAD	NOMBRE	OBSERVACION
180	(M) FUROATO DE FLUTICASONA+UMECLIDINIO+VILANTEROL 100MCG+62.5MCG+25MCG TREGY ELLIPTA	1 dosis cada día, no suspender

Profesional: BOTERO BAHAMON JUAN DAVID
R. M. : 1017174984
NEUMOLOGIA



ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.		CODIGO		EPSS40		
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)										
Nombre						Tipo Documento		Número documento		
ESE HOSPITAL LA MARIA						NI		890905177		
Código		050010608601			Teléfono 1		6045904485			
Correo		agendate@lamaria.gov.co			Teléfono 2		3103831769			
Dirección										
CALLE 92EE N 67-61										
Departamento		ANTIOQUIA			Municipio		MEDELLÍN			
DATOS DEL PACIENTE										
QUINTERO		DE ATEHORTUA			BERTA		LIA			
1er Apellido		2do Apellido			1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De identificación		CC		Número documento de identificación			21659422		Fecha de nacimiento	
									1958-12-17	
Dirección de Residencia Habitual		CL 93 B 35 94					Teléfono		6045730646	
Departamento		ANTIOQUIA			Municipio		MEDELLÍN			
Teléfono celular		3164390094		Correo electrónico						
SERVICIOS AUTORIZADOS										
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama		
Servicio		Neumología (Consulta Ext.)			Diagnostico Principal		J449 - Enfermedad pulmonar obstructiva cronica no especificada			
Manejo integral según Guía de										
Código CUPS		Cantidad		Descripción						
890371		1		CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA						
Observación		FECHA DEL ANEXO 24/05/2022*****CONTROL EN 3 MESES								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		15423388			Fecha		2022-08-08		Hora	
									08:06	
PAGOS COMPARTIDOS										
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:						0 %				
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:						540		Reclamo de ticket, bono o vale de pago		
Recaudo del prestador:										
Aplica cobro:										
Cuota		Cuota de		Valor en pesos			Porcentaje %			
Copago		Exento cobro		0			0 %			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA										
Nombre de quien autoriza					Cargo o actividad					
yrioslop (YISET ANDREA RIOS LOPEZ)					AUTORIZADOR SAVIASALUD					
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas					La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días					
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS					018000423683					