



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Resolución 003047 14 AGO 2008

AUTORIZACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD



|             |           |                        |                    |             |
|-------------|-----------|------------------------|--------------------|-------------|
| CONSECUTIVO | W93 73408 | NUMERO DE AUTORIZACION | Fecha: Ago.26/2024 | Hora: 07:39 |
|-------------|-----------|------------------------|--------------------|-------------|

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

|                                           |                                  |         |               |
|-------------------------------------------|----------------------------------|---------|---------------|
| Razón Social:                             | ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL |         |               |
| Código:                                   | 056040550901                     | Nit:    | 890.985.092-3 |
| Dirección:                                | CLL LAS PALMAS 12 - 120          |         |               |
| Teléfono:                                 | 8303231                          | Fax:    | 8303231       |
| Departamento:                             | ANTIOQUIA                        | Código: | 05            |
| Municipio:                                | REMEDIOS                         | Código: | 604           |
| ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR): | COOSALUD EPS-C CAPITA            | Código: | EPS042        |

II. DATOS DEL PACIENTE

|                        |                      |                |                                        |
|------------------------|----------------------|----------------|----------------------------------------|
| 1er Apellido:          | LOAIZA               | 2do. Apellido: | JARAMILLO                              |
| 1er Nombre:            | ALBA                 | 2do. Nombre:   | PATRICIA                               |
| Tipo de Documento:     | CEDULA               | No. Documento: | 32.211.599                             |
| Fecha de Nacimiento:   | Abr.24/1979          | Edad:          | 45 Años                                |
|                        |                      | Sexo:          | FEMENINO                               |
| Dirección Residencia:  | BARRIO LOS AHORCADOS | Teléfono:      | 3122459006                             |
| Departamento:          | ANTIOQUIA            | Código:        | 05                                     |
| Municipio:             | REMEDIOS             | Código:        | 604                                    |
| Dirección Alternativa: |                      | E-Mail:        | facturacionhospitalremedios3@gmail.com |
| Cobertura en Salud:    | CONTRIBUTIVO-1       | Tipo de Pago:  | PAGO COMPARTIDO O COPAGO               |

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

|                                                                    |                    |                                |                     |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------|---------------------|
| Origen de la atención:                                             | ENFERMEDAD GENERAL | Tipo de Servicios solicitados: | SERVICIOS ELECTIVOS |
| Prioridad de la atención:                                          | NO PRIORITARIA     | Servicio:                      | MEDICINA GENERAL    |
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización: | CONSULTA EXTERNA   |                                |                     |
| Manejo Integral Segn Guía:                                         |                    | Modalidad:                     | 01-Intramural       |

| Seq | Codigo CUPS / IUM | Cantidad | Grupo de Servicio | Descripción                                              |
|-----|-------------------|----------|-------------------|----------------------------------------------------------|
| 1   | 903026            | 1        | NO INDICADO       | MICROALBUMINURIA POR EIA                                 |
| 2   | 890276            | 1        | NO INDICADO       | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA |
| 3   | 890206            | 1        | NO INDICADO       | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA        |
| 4   | 903427            | 1        | NO INDICADO       | HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA        |
| 5   | 904902            | 1        | NO INDICADO       | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES TSH                     |
| 6   | 876802            | 1        | NO INDICADO       | MAMOGRAFIA BILATERAL                                     |
| 7   | 881202            | 1        | NO INDICADO       | ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO - NO                        |

Justificación Clínica: Paciente femenina de 45 años quien ingresa a programa de adultez, con buenos hábitos alimenticios y realizando ejercicio cardiovascular diariamente, trae toma seriada de presión arterial en rango de hipertensión, además con historia familiar de hipertensión, diabetes e insuficiencia cardiaca, con edema en miembros inferiores durante la semana pasada, al examen físico con cifras tensionales elevadas, sin otros hallazgos. Paciente con antecedente de histerectomía total por lo que no se solicita citología, sin tamizaje de CA de mama por lo que se solicita mamografía, se solicita valoración por nutrición por sobrepeso, se solicita valoración por oftalmología, ecocardiografía por antecedentes familiares, diagnóstico de HTA y edema de miembros inferiores, se solicitan paraclínicos de ingreso al control de enfermedades crónicas, se inicia manejo antihipertensivo dual y se ordena además inhalador nasal por relato de rinitis.

|                            |                                                              |               |      |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------|------|
| Diagnostico principal:     | OTROS CONTROLES GENERALES DE SALUD DE RUTINA DE OTRAS SUBPOB | Código CIE10: | Z108 |
| Diagnostico relacionado 1: | ** NO PRESENTA **                                            | Código CIE10: |      |
| Diagnostico relacionado 2: | ** NO PRESENTA **                                            | Código CIE10: |      |

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

|                          |                        |                   |         |
|--------------------------|------------------------|-------------------|---------|
| Nombre de quien reporta: | BUILES AGUDELO DANIELA | Teléfono:         | 8303231 |
| Registro Medico:         |                        | Teléfono Celular: |         |

|                                                                                  |                                                                      |           |                     |                           |          |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------|---------------------------|----------|
|  | <b>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b><br><b>Nit: 890.985.092-3</b> |           |                     |                           |          |
|                                                                                  | <b>HISTORIA CLINICA DE:</b><br><b>ADULTEZ-MEDICINA GENERAL</b>       |           | <b>Atención:</b> 10 | <b>Fecha:</b> Ago.26/2024 |          |
| Nombre:                                                                          | LOAIZA JARAMILLO ALBA PATRICIA                                       | Edad:     | 45 Años             | Sexo:                     | FEMENINO |
| Teléfono:                                                                        | 3122459006                                                           | Estrato:  | CONTRIBUTIVO-1      |                           |          |
| Historia:                                                                        | 32211599                                                             | Id:       | CC                  | 32.211.599                |          |
| Estado Civil:                                                                    | SOLTERO                                                              | Hora Ate: | 07:39               |                           |          |
| Entidad:                                                                         | COOSALUD EPS-C CAPITA                                                |           |                     |                           |          |

#### ANAMNESIS

**Motivo de Consulta:** Motivo de consulta: "ingreso a programa de adultez".

**Enfermedad Actual:** Enfermedad actual: paciente de 45 años de edad, natural de Remedios y residente en Barrio San Nicolas de Remedios. Sin antecedentes de importancia, ingresa el día de hoy al programa adultez. En el momento asintomático, sin embargo refiere en la última semana ha tenido edema de miembros inferiores

Revisión por sistemas: niega mareo, náuseas, vómito, diarrea, tos, disnea, visión borrosa, dolor torácico o abdominal, niega epistaxis, disfagia, rinorrea, otalgia, niega ansiedad, anorexia refiere buena alimentación para su edad, niega bulimia, niega estar triste, niega ideas de suicidio o muerte, refiere estar durmiendo adecuadamente, niega maltrato familiar o violencia sexual.

#### Antecedentes personales:

- patológicos: hipertensión arterial 2024, rinitis
- farmacológicos: loratadina, cetirizina
- alérgicos: niega
- quirúrgicos: histerectomía total 2021 por endometriosis y miomatosis, última valoración ginecología en 2021
- traumáticos: niega
- toxicológicos: niega exposición a biomasa, niega consumo de licor, niega fumar cigarrillo y/o marihuana, niega consumo de sustancias psicoactivas.
- ginecológicos: g0 menarca 12 años, fum: 2021. Inicio de la vida sexual a los 20 años. Sin dificultades durante la relación sexual. Parejas sexuales 2. Pareja sexual estable. No ap de ets.
- familiares: madre HTA, diabetes, ICC, 4 hermanos hipertensión y diabetes
- psicosociales: refiere buena relación con familia, niega maltrato familiar, orientación sexual heterosexual, identidad de género mujer, no utiliza métodos de barrera
- hábitos: refiere realizar ejercicio 7 veces por semana 1 hora gimnasio, refiere consumo de 4 porciones de frutas a la semana, consumo de 2 porciones de verduras al día, uso de internet aproximadamente 2 horas al día, niega ver televisión

#### \*\* Monitoreo seriado de PA:

Promedio bipedestación 139/96, promedio decúbito 140/91, promedio sedestación 137/96

#### Antecedentes:

**Personales:** \*\*NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE\*\*

**Familiares:** \*\*NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE\*\*

**Psicosociales:** \*\*NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE\*\*

**Ginecológicos:** Parto Múltiple: NO, Gestas: 0, Partos: 0, Abortos: 0, Vaginales: 0, Cesáreas: 0, Nac. Vivos: 0, Muertos: 0, Viven: 0, Mueren 1 S: 0, Mueren D1 S: 0, Nacidos con peso < 2.500 gr: 0, Nacidos con peso > 4.000 gr: 0, Planifica con: , Fecha Último Embarazo: Ago.00/0000, Trimestre Embarazo: \*\* NO EXISTE, Ciclo Menstrual: , Fecha última citología: Ago.00/0000, Próxima citología: Ago.00/0000, Resultado de la citología: , Observaciones resultado: , Fecha última menstruación: Ago.00/0000, Fecha de parto: Ago.00/0000, Menarca: 0, Observaciones Generales: .

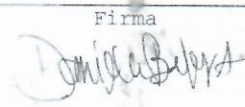
#### Hábitos y Observaciones:

**Consumos y hábitos alimentarios:**

**Prácticas y hábitos saludables:**

**Desarrollo y aprendizaje:**

**Prácticas de crianza y cuidado:**

|                                            |                                    |                                                                                                |
|--------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página: 1 de 10<br>Imprime: MARCE          | Medico: BUILES AGUDELO DANIELA     | Firma<br> |
| Fecha Sistema: 26/08/2024<br>Hora: 8:18:08 | Cedula: 1.152.465.748<br>Registro: |                                                                                                |



|                                                                                                                  |                                                        |           |                                    |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------|----------------|
| <br>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL | ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL<br>Nit: 890.985.092-3 |           |                                    |                |
|                                                                                                                  | HISTORIA CLINICA DE:<br>ADULTEZ-MEDICINA GENERAL       |           | Atención: 10<br>Fecha: Ago.26/2024 |                |
| Nombre:                                                                                                          | LOAIZA JARAMILLO ALBA PATRICIA                         | Edad:     | 45 Años                            | Sexo: FEMENINO |
| Teléfono:                                                                                                        | 3122459006                                             | Estrato:  | CONTRIBUTIVO-1                     |                |
| Historia:                                                                                                        | 32211599                                               | Id:       | CC                                 | 32.211.599     |
| Estado Civil:                                                                                                    | SOLTERO                                                | Hora Ate: | 07:39                              |                |
| Entidad:                                                                                                         | COOSALUD EPS-C CAPITA                                  |           |                                    |                |

**Factores de riesgo, prácticas y hábitos saludables:**

Actividad Física: 7 DÍAS A LA SEMANA DURANTE 1 HORA.

Higiene oral y corporal: se la lava los dientes 4 veces al día y las manos.

Hábitos de descanso y sueño: 6 horas en la noche.

Habito intestinal y urinario: defeca 5 veces en la semana.

Foto protección: se aplica antisolar.

Prácticas de autoexamen de seno: .

Auto examen de testículo: .

Prevención de accidentes: .

Uso del tiempo libre y ocio: .

Manejo del estrés y situaciones de alta tensión: .

Exposición a la violencia: .

Exposición a factores de riesgo derivados del trabajo: .

Antecedentes tocológicos: .

Exposición al humo de leña o carbón: .

Consumo de tabaco: .

N°paquetes/año: .

¿Hay factores de riesgo EPOC?: Si.

Observaciones: .

**EPOC Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica:**

Total preguntas con SI: 1

Clasificación: 1-NO PRESENTA SOSPECHA DE EPOC

Observación:

**Consumo y hábitos alimentarios:**

Consumo y hábitos alimentarios: 3 veces al día

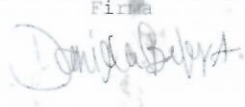
Tipo de alimentos consumidos: todos

Dietas que lleva: ninguna

**Actividad laboral o económica actual:**

Edad de inicio de su actividad laboral: 14

Tipo de labor: vendedora

|                                            |                                    |                                                                                                |
|--------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pagina: 2 de 10<br>Imprime: MARCE          | Medico: BUILES AGUDELO DANIELA     | Firma<br> |
| Fecha Sistema: 26/08/2024<br>Hora: 8:18:08 | Cedula: 1.152.465.748<br>Registro: |                                                                                                |

|                                                                                                                  |                                                                |           |                                    |            |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------|------------|----------|
| <br>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL | <b>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b><br>Nit: 890.985.092-3  |           |                                    |            |          |
|                                                                                                                  | <b>HISTORIA CLINICA DE:</b><br><b>ADULTEZ-MEDICINA GENERAL</b> |           | Atención: 10<br>Fecha: Ago.26/2024 |            |          |
| Nombre:                                                                                                          | LOAIZA JARAMILLO ALBA PATRICIA                                 | Edad:     | 45 Años                            | Sexo:      | FEMENINO |
| Teléfono:                                                                                                        | 3122459006                                                     | Estrato:  | CONTRIBUTIVO-1                     |            |          |
| Historia:                                                                                                        | 32211599                                                       | Id:       | CC                                 | 32.211.599 |          |
| Estado Civil:                                                                                                    | SOLTERO                                                        | Hora Ate: | 07:39                              |            |          |
| Entidad:                                                                                                         | COOSALUD EPS-C CAPITA                                          |           |                                    |            |          |

Tipo de vinculación laboral: independiente

Antigüedad: 5 años

Cargo laboral

¿Exposición a factores de riesgo? ¿Cuales?:

¿Relacionados con la actividad laboral o económica?: No

Observaciones:

### Derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de la sexualidad:

Orientación Sexual: heterosexual

Identidad de género: femenina

Numero de compañeros sexuales: 2

Métodos anticoncepción y protección contra ITS/VIH: ninguno

Deseo: normal

Excitación: normal

Lubricación: poca

Orgasmo: niega

Satisfacción: no pareja sexual en el momento

Erección:

Eyacuación:

Dolor: niega

Dificultades y/o disfunciones sexuales:

Toma de decisiones alrededor de la sexualidad y la reproducción:

Violencia sexual:

Violencia contra la mujer y/o violencia de género y conocimientos:

Creencias y actitudes sobre las relaciones sexuales:

Anticoncepción:

ITS:

Observaciones:

### Riesgo Psicológico para violencias:

¿Exposición a la violencia?: No

Observaciones:

|                                            |                                    |                                                                                                |
|--------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pagina: 3 de 10<br>Imprime: MARCE          | Medico: BUILES AGUDELO DANIELA     | Firma<br> |
| Fecha Sistema: 26/08/2024<br>Hora: 8:18:08 | Cedula: 1.152.465.748<br>Registro: |                                                                                                |

|                                                                                  |                                |                                  |                |             |          |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------|-------------|----------|
|  |                                | ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL |                |             |          |
|                                                                                  |                                | Nit: 890.985.092-3               |                |             |          |
| <b>HISTORIA CLINICA DE:</b><br><b>ADULTEZ-MEDICINA GENERAL</b>                   |                                | Atención:                        |                | 10          |          |
|                                                                                  |                                | Fecha:                           |                | Ago.26/2024 |          |
| Nombre:                                                                          | LOAIZA JARAMILLO ALBA PATRICIA | Edad:                            | 45 Años        | Sexo:       | FEMENINO |
| Teléfono:                                                                        | 3122459006                     | Estrato:                         | CONTRIBUTIVO-1 |             |          |
| Historia:                                                                        | 32211599                       | Id:                              | CC             | 32.211.599  |          |
| Estado Civil:                                                                    | SOLTERO                        | Hora Atq:                        | 07:39          |             |          |
| Entidad:                                                                         | COOSALUD EPS-C CAPITA          |                                  |                |             |          |

**Preguntas de WHOOLEY para tamización de depresión:**

A. ¿Durante los últimos 30 días se ha sentido a menudo desanimado, deprimido o con pocas esperanzas?:  
 SI: 2-\*\* NO EXISTE \*\*, NO: 2-\*\* NO EXISTE \*\*.

B. ¿Durante los últimos 30 días ha sentido poco placer o interés al hacer cosas que habitualmente disfrutaba?: SI: 2-\*\* NO EXISTE \*\*, NO: 2-\*\* NO EXISTE \*\*.

Clasificación: POSITIVA - PASA LA PRUEBA.

Observaciones:

**Escala para desorden de ansiedad generalizada GAD - 2:**

1. Sentirse nervioso(a), ansioso(a), o inquieto: Para nada: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Algunos días: -\*\* NO EXISTE \*\*, Mas de la mitad de los días: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi todos los días: -\*\* NO EXISTE \*\*.

2. No poder controlar la preocupación: Para nada: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Algunos días: -\*\* NO EXISTE \*\*, Mas de la mitad de los días: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi todos los días: -\*\* NO EXISTE \*\*.

Puntaje: . Clasificación: NEGATIVA - PASO LA PRUEBA SATISFATORIAMENTE

Descripción:

**Assist - Pregunta 1:**

¿Tampoco Incluso cuando iba al colegio?: No, Puntaje: , Clasificación: 1-Normal - Pare la entrevista

**Assist - Pregunta 2:**

Ha consumido algunas de las sustancias de la pregunta 2 en los últimos 3 meses: No, Puntaje: , Clasificación: 1-Salte a la Pregunta 6.

**Assist - Pregunta 3:**

Puntaje:

**Assist - Pregunta 4:**

Puntaje:

**Assist - Pregunta 5:**

Puntaje:

**Assist - Pregunta 6:**

Puntaje:

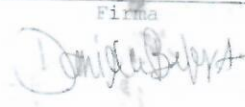
**Assist - Pregunta 7:**

Puntaje:

**Assist - Pregunta 8:**

Puntaje:

**Patrón de inyección y guías de intervención:**

|                                            |                                    |                                                                                                |
|--------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pagina: 4 de 10<br>Imprime: MARCE          | Medico: BUILES AGUDELO DANIELA     | Firma<br> |
| Fecha Sistema: 26/08/2024<br>Hora: 8:18:08 | Cedula: 1.152.465.748<br>Registro: |                                                                                                |



|                                                                                  |                                |                                  |                |            |             |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------|------------|-------------|
|  |                                | ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL |                |            |             |
|                                                                                  |                                | Nit: 890.985.092-3               |                |            |             |
| HISTORIA CLINICA DE:<br>ADULTEZ-MEDICINA GENERAL                                 |                                |                                  | Atención:      |            | 10          |
|                                                                                  |                                |                                  | Fecha:         |            | Ago.26/2024 |
| Nombre:                                                                          | LOAIZA JARAMILLO ALBA PATRICIA | Edad:                            | 45 Años        | Sexo:      | FEMENINO    |
| Teléfono:                                                                        | 3122459606                     | Estrato:                         | CONTRIBUTIVO-1 |            |             |
| Historia:                                                                        | 32211599                       | Id:                              | CC             | 32.211.599 |             |
| Estado Civil:                                                                    | SOLTERO                        | Hora Ate:                        | 07:39          |            |             |
| Entidad:                                                                         | COOSALUD EPS-C CAPITA          |                                  |                |            |             |

Puntaje: 0-No Aplica

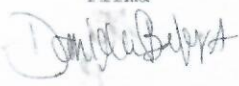
Test Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test):

Puntaje: , Clasificación: Normal

Observaciones:

ESCALA DE ZARIT:

- ¿Cree que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*
- ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*
- ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades de su trabajo o familia?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*
- ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familia?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*
- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*
- ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*
- ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*
- ¿Cree que su familiar depende de usted?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*
- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*
- ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*
- ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*
- ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*

|                           |                                |                                                                                                |
|---------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página: 5 de 10           | Medico: BUILES AGUDELO DANIELA | Firma<br> |
| Imprime: MARCE            |                                |                                                                                                |
| Fecha Sistema: 26/08/2024 | Cedula: 1.152.465.748          |                                                                                                |
| Hora: 8:18:08             | Registro:                      |                                                                                                |

|                                                                                  |                                |                                  |                |             |          |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------|-------------|----------|
|  |                                | ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL |                |             |          |
|                                                                                  |                                | Nit: 890.985.092-3               |                |             |          |
| <b>HISTORIA CLINICA DE:</b><br><b>ADULTEZ-MEDICINA GENERAL</b>                   |                                | Atención:                        |                | 10          |          |
|                                                                                  |                                | Fecha:                           |                | Ago.26/2024 |          |
| Nombre:                                                                          | LOAIZA JARAMILLO ALBA PATRICIA | Edad:                            | 45 Años        | Sexo:       | FEMENINO |
| Teléfono:                                                                        | 3122459006                     | Estrato:                         | CONTRIBUTIVO-1 |             |          |
| Historia:                                                                        | 32211599                       | Id:                              | CC             | 32.211.599  |          |
| Estado Civil:                                                                    | SOLTERO                        | Hora Ate:                        | 07:39          |             |          |
| Entidad:                                                                         | COOSALUD EPS-C CAPITA          |                                  |                |             |          |

13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*

14. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*

15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*

16. ¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por muchas más tiempo?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*

17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*

18. ¿Desearía poder der el cuidado de su familiar a otros?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*

19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*

20. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*

21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*

22. Globalmente ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?: Nunca: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Rara vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Alguna vez: -\*\* NO EXISTE \*\*, Bastantes veces: -\*\* NO EXISTE \*\*, Casi Siempre: -\*\* NO EXISTE \*\*

Puntaje Total: .

Clasificación: 1-NO SOBRECARGA.

### APGAR familiar:

1. ¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad?: NUNCA: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, CASI NUNCA: -\*\* NO EXISTE \*\*, ALGUNAS VECES: -\*\* NO EXISTE \*\*, CASI SIEMPRE: -\*\* NO EXISTE \*\*, SIEMPRE: -\*\* NO EXISTE \*\*.

2. ¿Me satisface la participación que mi familia brinda y permite: NUNCA: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, CASI NUNCA: -\*\* NO EXISTE \*\*, ALGUNAS VECES: -\*\* NO EXISTE \*\*, CASI SIEMPRE: -\*\* NO EXISTE \*\*, SIEMPRE: -\*\* NO EXISTE \*\*.

3. ¿Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades: NUNCA: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, CASI NUNCA: -\*\* NO EXISTE \*\*, ALGUNAS VECES: -\*\* NO EXISTE \*\*, CASI SIEMPRE: -\*\* NO EXISTE \*\*, SIEMPRE: -\*\* NO EXISTE \*\*.

4. ¿Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor: NUNCA: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, CASI NUNCA: -\*\* NO EXISTE \*\*, ALGUNAS VECES: -\*\* NO EXISTE \*\*, CASI SIEMPRE: -\*\* NO EXISTE \*\*, SIEMPRE: -\*\* NO EXISTE \*\*.

|                                            |                                    |                                                                                                |
|--------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pagina: 6 de 10<br>Imprime: MARCE          | Medico: BUILLES AGUDELO DANIELA    | Firma<br> |
| Fecha Sistema: 26/08/2024<br>Hora: 8:18:08 | Cedula: 1.152.465.748<br>Registro: |                                                                                                |



|                                                                                  |                                |                                  |                |            |             |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------|------------|-------------|
|  |                                | ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL |                |            |             |
|                                                                                  |                                | Nit: 890.985.092-3               |                |            |             |
| HISTORIA CLINICA DE:<br>ADULTEZ-MEDICINA GENERAL                                 |                                |                                  |                | Atención:  | 10          |
|                                                                                  |                                |                                  |                | Fecha:     | Ago.26/2024 |
| Nombre:                                                                          | LOAIZA JARAMILLO ALBA PATRICIA | Edad:                            | 45 Años        | Sexo:      | FEMENINO    |
| Teléfono:                                                                        | 3122459006                     | Estrato:                         | CONTRIBUTIVO-1 |            |             |
| Historia:                                                                        | 32211599                       | Id:                              | CC             | 32.211.599 |             |
| Estado Civil:                                                                    | SOLTERO                        | Hora Ate:                        | 07:39          |            |             |
| Entidad:                                                                         | COOSALUD EPS-C CAPITA          |                                  |                |            |             |

5. ¿Me satisface como compartimos en familia: -El tiempo para estar juntos, -Los espacios en la casa, - El dinero: NUNCA: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, CASI NUNCA: -\*\* NO EXISTE \*\*, ALGUNAS VECES: -\*\* NO EXISTE \*\*, CASI SIEMPRE: -\*\* NO EXISTE \*\*, SIEMPRE: -\*\* NO EXISTE \*\*.

Puntaje Total: , Clasificación: Disfunción Familiar Severa - (0-9).

#### Examen Físico:

Estado General: buenas condiciones generales, alerta, afebril, sin requerimiento de oxígeno suplementario  
mucosas hidratadas, escleras anictéricas  
cuello móvil, sin adenopatías, no iy  
tórax simétrico, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreagregados. No signos de dificultad respiratoria  
abdomen blando, no doloroso a la palpación no se palpan masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal  
extremidades simétricas, sin edema, llenado capilar < 2 segs, pulsos periféricos presentes.  
Piel sin lesiones  
neurológico sin déficit motor ni sensitivo.

Signos Vitales: Peso: 73,60 KG Kg, Talla: 157 Mts, IMC: 29,85, Clasificación: Sobrepeso, Riegos: Aumentado, Pulso: 90 Xm, Frecuencia Cardíaca: 90 Xm, Ritmo Cardíaco: NORMAL, Frecuencia Respiratoria: 16, P.Sistolica: 154, P.Diastolica: 108, P.Arterial Media: 123,33, Temperatura: 36, Sitio de toma: AXILAR.

#### Observaciones Signos Vitales:

Aparatos y Sistemas: PIEL Y FANERAS: NO EVALUADO. CABEZA: NO EVALUADO. OJOS: NO EVALUADO. OIDOS: NO EVALUADO. BOCA: NO EVALUADO. GARGANTA: NO EVALUADO. CUELLO: NO EVALUADO. TORAX: NO EVALUADO. SIST.RESPIRATORIO: NO EVALUADO. SIST.CARDIOVASCULAR: NO EVALUADO. SIST.VASCULAR PERIFERICO: NO EVALUADO. ABDOMEN: NO EVALUADO. SIST.GENITOURINARIO: NO EVALUADO. TACTO VAGINAL: NO EVALUADO. TACTO RECTAL: NO EVALUADO. SIST.LOCOMOTOR: NO EVALUADO. SIST.NEUROLOGICO: NO EVALUADO. EX.GANGLIONAR: NO EVALUADO. EX.MENTAL: NO EVALUADO. OTROS: NO EVALUADO. NARIZ: NO EVALUADO. LABIO INFERIOR: NORMAL,. LABIO SUPERIOR: NORMAL,. COMISURAS: NORMAL,. MUCOSA ORAL: NORMAL,. SURCOS YUGALES: NORMAL,. FRENILLOS: NORMAL,. OROFARIGE: NORMAL,. PALADAR: NORMAL,. GLANDULAS SALIVALES: NORMAL,. PISO DE BOCA: NORMAL,. DORSO DE LENGUA: NORMAL,. VIENTRE DE LENGUA: NORMAL,. MAXILARES: NORMAL,. SENOS MAXILARES: NORMAL,. MUSC.MASTICADORES: NORMAL,. OTROS: NORMAL,. TEJIDO LINFOIDE: NORMAL,. \*\* NO EXISTE NORMAL,

#### Valoración del Estado Nutricional:

##### Riesgo cardiovascular:

¿Es usted diabético?: SI: 2-\*\* NO EXISTE \*\*, NO: 2-\*\* NO EXISTE \*\*.

Tipo de diabetes: N/A: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, 1: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, 2: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, Gestacional: 1-\*\* NO EXISTE \*\*.

¿FUMA?: SI: 2-\*\* NO EXISTE \*\*, NO: 2-\*\* NO EXISTE \*\*.

¿Tiene ya diagnóstico de alguna enfermedad cardiovascular?: SI: 2-\*\* NO EXISTE \*\*, NO: 2-\*\* NO EXISTE \*\*.

¿Tiene usted el dato del colesterol total?: SI: 2-\*\* NO EXISTE \*\*, NO: 2-\*\* NO EXISTE \*\*.

Colesterol total:

Colesterol HDL:

%Riesgo cardiovascular OMS: <10%. Riesgo cardiovascular x OMS: 01-Riesgo Bajo

|                                          |                                    |                                                                                                |
|------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página: 7 de 10<br>Imprime: MARCE        | Medico:BUILES AGUDELO DANIELA      | Firma<br> |
| Fecha Sistema:26/08/2024<br>Hora:8:18:08 | Cedula: 1.152.465.748<br>Registro: |                                                                                                |



|                                                                                  |                                |                                                                |                |                                    |          |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------|----------|
|  |                                | <b>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b><br>Nit: 890.985.092-3  |                |                                    |          |
|                                                                                  |                                | <b>HISTORIA CLINICA DE:</b><br><b>ADULTEZ-MEDICINA GENERAL</b> |                | Atención: 10<br>Fecha: Ago.26/2024 |          |
| Nombre:                                                                          | LOAIZA JARAMILLO ALBA PATRICIA | Edad:                                                          | 45 Años        | Sexo:                              | FEMENINO |
| Teléfono:                                                                        | 3122459006                     | Estrato:                                                       | CONTRIBUTIVO-1 |                                    |          |
| Historia:                                                                        | 32211599                       | Id:                                                            | CC             | 32.211.599                         |          |
| Estado Civil:                                                                    | SOLTERO                        | Hora Ate:                                                      | .07:39         |                                    |          |
| Entidad:                                                                         | COOSALUD EPS-C CAPITA          |                                                                |                |                                    |          |

**Finnish Risk Score:**

¿Realiza normalmente al menos 30 minutos diarios de actividad física?: SI: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, NO: -\*\* NO EXISTE \*\*.

¿Con que frecuencia come frutas, verduras y hortalizas?: A diario: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, No a diario -\*\* NO EXISTE \*\*.

¿Le han recetado alguna vez medicamentos contra la HTA?: SI: 2-\*\* NO EXISTE \*\*, NO: 2-\*\* NO EXISTE \*\*.

¿Le han detectado alguna vez niveles altos de glucosa en la sangre?: SI: -\*\* NO EXISTE \*\*, NO: -\*\* NO EXISTE \*\*.

¿Ha habido un diagnóstico de diabetes en, por lo menos, un miembro de la familia?: NO: 3-\*\* NO EXISTE \*\*, SI Abuelos, tíos o primos hermanos (Pero no padre hermanos o hijos): 3-\*\* NO EXISTE \*\*, SI padres, hermanos o hijos: -\*\* NO EXISTE \*\*.

Puntaje Total: 12. Clasificación: 2-Riesgo Moderado de tener Diabetes y Prediabetes.

Observaciones: .

Valoración de la salud sexual:

Conocimientos y prácticas relacionadas con la sexualidad: si

Observaciones: .

Valoración de la salud auditiva y comunicativa:

1. ¿Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído?: SI: 2-\*\* NO EXISTE \*\*, NO: 2-\*\* NO EXISTE \*\*

2. ¿Cree usted que escucha bien?: SI: 1-\*\* NO EXISTE \*\*, NO: -\*\* NO EXISTE \*\*.

Observaciones: .

Otros aspectos físicos:

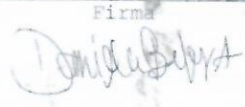
Observaciones: normal.

Paraclínicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

**Concepto Medico:** Paciente femenina de 45 años quien ingresa a programa de adultez, con buenos hábitos alimenticios y realizando ejercicio cardiovascular diariamente, trae toma seriada de presión arterial en rango de hipertensión, además con historia familiar de hipertensión, diabetes e insuficiencia cardíaca, con edema en miembros inferiores durante la semana pasada, al examen físico con cifras tensionales elevadas, sin otros hallazgos. Paciente con antecedente de histerectomía total por lo que no se solicita citología, sin tamizaje de CA de mama por lo que se solicita mamografía, se solicita valoración por nutrición por sobrepeso, se solicita valoración por oftalmología, ecocardiografía por antecedentes familiares, diagnóstico de HTA y edema de miembros inferiores, se solicitan paraclínicos de ingreso al control de enfermedades crónicas, se inicia manejo antihipertensivo dual y se ordena además inhalador nasal por relato de rinitis. Se recomienda dieta rica en frutas y verduras, además de realizar deporte 60 minutos al día 5 días a la semana, se redirige al servicio de odontología, vacunación, se solicita paraclínicos de tamizaje de

|                                            |                                    |                                                                                                |
|--------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Página: 8 de 10<br>Imprime: MARCE          | Medico: BUILES AGUDELO DANIELA     | Firma<br> |
| Fecha Sistema: 26/08/2024<br>Hora: 8:18:08 | Cedula: 1.152.465.748<br>Registro: |                                                                                                |

|                                                                                  |                                |                                                                      |                |                                                  |          |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------|----------|
|  |                                | <b>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL</b><br><b>Nit: 890.985.092-3</b> |                |                                                  |          |
|                                                                                  |                                | <b>HISTORIA CLINICA DE:</b><br><b>ADULTEZ-MEDICINA GENERAL</b>       |                | <b>Atención:</b> 10<br><b>Fecha:</b> Ago.26/2024 |          |
| <b>Nombre:</b>                                                                   | LOAIZA JARAMILLO ALBA PATRICIA | <b>Edad:</b>                                                         | 45 Años        | <b>Sexo:</b>                                     | FEMENINO |
| <b>Teléfono:</b>                                                                 | 3122459006                     | <b>Estrato:</b>                                                      | CONTRIBUTIVO-1 |                                                  |          |
| <b>Historia:</b>                                                                 | 32211599                       | <b>Id:</b>                                                           | CC             | 32.211.599                                       |          |
| <b>Estado Civil:</b>                                                             | SOLTERO                        | <b>Hora Ate:</b>                                                     | 07:39          |                                                  |          |
| <b>Entidad:</b>                                                                  | COOSALUD EPS-C CAPITA          |                                                                      |                |                                                  |          |

riesgo cardiovascular y metabólico, se dan recomendaciones y signos de alarma, se le explica al paciente, dice entender y aceptar.

**Plan:**

- glucosa, ct, tg, hdl, ldl, cr, uroanálisis.
- tamización para cáncer de: mama
- \* paraclínicos ingreso riesgo cardiovascular

**Diagnóstico:** Dx.Principal: Z108-OTROS CONTROLES GENERALES DE SALUD DE RUTINA DE OTRAS SUBPOB, Dx.Relacionado1: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), Dx.Relacionado2: Z123-EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMOR DE LA MAMA, Dx.Relacionado3: \*\* NO PRESENTA \*\*, Tipo de diagnóstico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

**Finalidad:** Fuente de información: PACIENTE, Finalidad Causa: DETECCION DE ALTERACIONES DEL ADULTO, Causa Externa: OTRA, Sintomático o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

**Plan De Cuidado:** Se envia:

**ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 158458 - Ago.26/2024**

1. AMLODIPINO 5 MG TABLETA - TABLETA, Via:ORAL, Cantidad:30, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 24 HORAS POR 30 DIAS.
2. LOSARTAN 50 MG TABLETA - TABLETA, Via:ORAL, Cantidad:30, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 24 HORAS POR 30 DIAS.
3. BECLOMETASONA 50 MCG INHALADOR NASAL - FRASCO, Via:INHALADOR - NASAL, Cantidad:1, Dosis:APLICAR 1 PUFF CADA 24 HORAS POR 7 DIAS.

**ORDEN DE LABORATORIO - W05 53159 - Ago.26/2024**

1. PYP COLESTEROL BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO VALORI-ADULTEZ -, Cantidad:1, Obs:.
2. PYP COLESTEROL HDL- VALORACION ADULTEZ -, Cantidad:1, Obs:.
3. PYP COLESTEROL HDL- VALORACION ADULTEZ -, Cantidad:1, Obs:.
4. PYP COLESTEROL TOTAL ALORACION-ADULTEZ -, Cantidad:1, Obs:.
5. PYP CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS VALORACION-ADULTEZ -, Cantidad:1, Obs:.
6. PYP GLUCOSA EN SUERO ORINA Y OTROS - ADULTEZ -, Cantidad:1, Obs:.
7. PYP HEPATITIS B ANTIGENO SUPERFICIE [Ag HBs] VALORAC-ADULTEZ -, Cantidad:1, Obs:.
8. PYP TRIGLICERIDOS - VALORACION ADULTEZ -, Cantidad:1, Obs:.
9. PYP UROANALISIS - VALORACION ADULTEZ -, Cantidad:1, Obs:.
10. PYP VIH 1 Y 2- ANTICUERPOS VALORACION-ADULTEZ -, Cantidad:1, Obs:.
11. PYP SEROLOGIA (PRUEBA TREPONEMICA) MANU SEMI O AUTOM ADULTEZ -, Cantidad:1, Obs:.
12. HEMOGRAMA [HEMOGLOBINA - HEMATOCRITO - RECUENTO DE ERITROCIT -, Cantidad:1, Obs:.

**ORDEN PROCEDIMIENTOS/ACTIVIDADES POS - W09 24597 - Ago.26/2024**

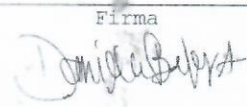
1. ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD -, Cantidad:1, Obs:.

**RECOMENDACIONES - W10 205374 - Ago.26/2024**

1. REALIZAR EJERCICIO CON FRECUENCIA, MINIMO 3 A 4 VECES POR SEMANA POR 30 MINUTOS
2. CONSUMO BAJO DE SAL, GRASAS, HARINAS, BUEN CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, AGUA Y FIBRA.
3. EVITAR EL CONSUMO DE CIGARRILLO, TABACO, LICOR, DROGAS PSICOACTIVAS. CONTROLAR EL ESTRES, TENSION O ANSIEDAD.
4. EN MUJERES AUTOEXAMEN DE SENO CADA MES, CITOLOGIA CADA AÑO EN MENORES DE 70AÑOS, MAMOGRAFIA CADA AÑO EN MAYORES DE 50 AÑOS
5. EN HOMBRES AUTOEXPLORACION TESTICULAR, EXAMEN DE PROSTATA CADA AÑO EN MAYORES DE 45 AÑOS
6. REVISION DE AGUDEZA VISUAL, REVISION ODONTOLÓGICA.

**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 73408 - Ago.26/2024**

1. MICROALBUMINURIA POR EIA, Cantidad: 1
2. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA, Cantidad: 1
3. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA, Cantidad: 1
4. HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA, Cantidad: 1
5. HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES TSH, Cantidad: 1
6. MAMOGRAFIA BILATERAL, Cantidad: 1

|                                          |                                    |                                                                                                |
|------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pagina: 9 de 10<br>Imprime: MARCE        | Medico:BUILES AGUDELO DANIELA      | Firma<br> |
| Fecha Sistema:26/08/2024<br>Hora:8:18:08 | Cedula: 1.152.465.748<br>Registro: |                                                                                                |



|                                                                                                                              |                                                        |           |                |             |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|----------------|-------------|----------|
| <br>HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL<br>BEMEDIOS | ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL<br>Nit: 890.985.092-3 |           |                |             |          |
|                                                                                                                              | HISTORIA CLINICA DE:<br>ADULTEZ-MEDICINA GENERAL       |           | Atención:      | 10          |          |
|                                                                                                                              |                                                        |           | Fecha:         | Ago.26/2024 |          |
| Nombre:                                                                                                                      | LOAIZA JARAMILLO ALBA PATRICIA                         | Edad:     | 45 Años        | Sexo:       | FEMENINO |
| Teléfono:                                                                                                                    | 3122459006                                             | Estrato:  | CONTRIBUTIVO-1 |             |          |
| Historia:                                                                                                                    | 32211599                                               | Id:       | CC             | 32.211.599  |          |
| Estado Civil:                                                                                                                | SOLTERO                                                | Hora Ate: | 07:39          |             |          |
| Entidad:                                                                                                                     | COOSALUD EPS-C CAPITA                                  |           |                |             |          |

7. ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO, Cantidad: 1

INDUCCION A LA DEMANDA - Y96 34684 - Ago.26/2024

paciente con HTA de novo, se solicita ingreso a controles

|                                            |                                    |                                                                                                |
|--------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pagina: 10 de 10<br>Imprime: MARCE         | Medico: BUILES AGUDELO DANIELA     | Firma<br> |
| Fecha Sistema: 26/08/2024<br>Hora: 8:18:08 | Cedula: 1.152.465.748<br>Registro: |                                                                                                |

Ofteimologi: 4654873 - usón integrados

abstracción: 4654891 - la mano

mamografía: 4654909 - prodiagnóstico . 1/a

|                                   |  |                             |  |
|-----------------------------------|--|-----------------------------|--|
| CARGO O ACTIVIDAD: MEDICO GENERAL |  | Firma                       |  |
| RECAUDOS DEL PRESTADOR            |  | Valor en Pesos              |  |
| Concepto                          |  | Porcentaje (%)              |  |
| Cuenta Moderadora                 |  | Valor máximo(Tepe) en pesos |  |
| Copago                            |  |                             |  |
| Cuenta de Recuperación            |  |                             |  |
| Pago compartido                   |  |                             |  |



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **32.211.599**

**LOAIZA JARAMILLO**

APELLIDOS

**ALBA PATRICIA**

NOMBRES

*Alba Patricia Loaiza J.*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **24-ABR-1979**

**REMEDIOS**  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.55** **AB+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

**20-JUN-1997 REMEDIOS**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DEFECTO

REGISTRADOR NACIONAL  
ONILAS AMEL GARCIA TORRES



A-0120800-00182418-F-0032211599-20091001 0016740820A 1 25123526