

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **32278364**

SEPULVEDA CARDONA
APELLIDOS

LUZ MARINA
NOMBRES

LUZ Marina
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **12-NOV-1970**

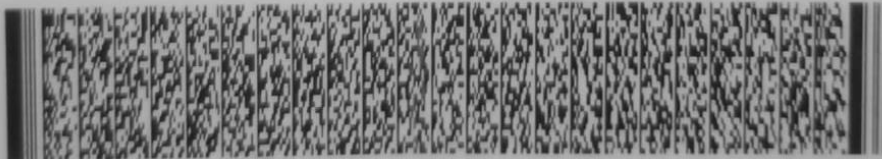
FRONTINO
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-MAY-2001 FRONTINO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-0112700-16095731-F-0032278364-20020214 01460 02045H 01 103853396

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA
CASO 8160305
DAVITA 6046071341

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

CASO 8160346

HOSPITAL LA MARIA 6044447192 o acercasen al hospital la María en Medellín allí les asignan la cita.

ESE HOSPITAL MARIA ANTONIA TORO DE ELEJALDE
Nit: 890.906.991-2

**HISTORIA CLINICA DE:
CONTROL ENFERMEDADES CRONICAS**

Atencion: 100
Fecha: Ene.28/2025

Apellido: SEPULVEDA CARDONA LUZ MARINA
Código: 3105207525
Edad: 54 Años
Sexo: FEMENINO
Historia: 32278364
Estrato: SUBSIDIADO-1
Civil: CASADO
Id: CC 32.278.364
Entidad: COOSALUD 2655
Hora Ate: 11:58
Diagnostico: Dx.Principal: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIARIA), Dx.Relacionado1: I159-HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionado2: E785-HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: CONFIRMADO REPETIDO, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Finalidad: Fuente de información: PACIENTE, Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

Conductas: Se envia:

ORDEN MEDICAMENTOS DE PYP - W04 137554 - Ene.28/2025

1. LOSARTAN 100MG CAJA X 300 NOVAMED - TABLETAS, Via:ORAL, Cantidad:30, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 24 HORAS POR 30 DIAS.
2. HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG CAJA X 300 GENFAR - TABLETAS, Via:ORAL, Cantidad:60, Dosis:TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y OTRA EN LA NOCHE (CUANDO LLEGUE LA CLONIDINA TOMAR SOLO 1 TABLETA DE HIDROCLOROTIAZIDA AL DIA).
3. PRAZOSIN 1 MG CJA X 300 EXPOFARMA - TABLETA, Via:ORAL, Cantidad:180, Dosis:TOMAR 2 TABLETA CADA 8 HORAS POR 30 DIAS.
4. ATORVASTATINA 40 MG (ECAR) CAJA X 500 TAB - TABLETAS, Via:ORAL, Cantidad:30, Dosis:TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE.
5. AMLODIPINO 10 MG CJA X 300 GENFAR - TABLETAS, Via:ORAL, Cantidad:30, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 24 HORAS POR 30 DIAS.
6. ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG CAJA X 900 GENFAR - TABLETAS, Via:ORAL, Cantidad:30, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 24 HORAS POR 30 DIAS.
7. ESCIMEPRAZOL 40 MG CJA X 900 GENFAR/SANOFI/WINTHROP - TABLETA, Via:ORAL, Cantidad:30, Dosis:TOMAR 1 TABLETA EN AYUNAS.
8. ESPIRONOLACTONA 25 MG LAB GENFAR - TABLETA, Via:ORAL, Cantidad:60, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 30 DIAS.

ORDEN MEDICAMENTOS DE PYP - W04 137555 - Ene.28/2025

1. EMPAGLIFOZINA 10 MG (JARDIANCE) - TABLETAS, Via:ORAL, Cantidad:90, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 24 HORAS POR 90 DIAS.
2. CLONIDINA 0.150 MG CJA X 500 ECAR - TABLETA, Via:ORAL, Cantidad:90, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 24 HORAS POR 90 DIAS.

RECOMENDACIONES - W10 523267 - Ene.28/2025

1. SI SE LE ORDENAN EXAMENES DE LABORATORIO, SE REVISARAN EN EL PROXIMO CONTROL
2. PROCURAR DIETA BAJA EN SAL, GRASA, HARINAS Y AZUCAR
3. VENIR INMEDIATAMENTE POR URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR EN EL PECHO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR O SI SE SIENTE ENFERMA
4. INTENTAR BAJAR DE PESO.
5. RECUERDE PEDIR LA CITA PARA EL TIEMPO RECOMENDADO
6. MAREO FUERTE, ALTERACIONES SUBITAS EN LA VISION, PARALISIS O ENTUMIMIENTO DE UN LADO DEL CUERPO
7. RECUERDE QUE DEBE SER VALORADO POR OFTALMOLOGIA CADA DOS AÑOS
8. RECUERDE DEBE SER VALORADO POR OPTOMETRIA CADA AÑO
9. ASISTIR A REVISION DE ODONTOLOGIA CADA AÑO
10. EN CASO DE SER MUJER:
11. SI USTED TIENE 21 Y 69 AÑOS, TIENE VIDA SEXUAL ACTIVA DEBE REALIZARSE LA CITOLOGIA CADA AÑO
12. SI USTED ES MAYOR 50 AÑOS DEBE REALIZARSE LA MAMOGRAFIA CADA DOS AÑOS

ORDEN DE LABORATORIO DE PYP - W75 66333 - Ene.28/2025

1. RENINA -, Cantidad:1, Obs:.
2. CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA + -, Cantidad:1, Obs:.
3. ALDOSTERONA -, Cantidad:1, Obs:.

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 116940 - Ene.28/2025

1. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA, Cantidad: 1
2. ECOCARDIOGRAMA TRASTORACICO, Cantidad: 1
3. CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA +, Cantidad: 1
4. KETANEFRIAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMI O AUTOMATIZADO, Cantidad: 1
5. ALDOSTERONA, Cantidad: 1

Página: 5 de 6 Imprime: AMBR	Medico:CASTAÑO VALENCIA SAMUEL	 Firma Samuel Castaño Valencia C.E. Elejalde Universidad CES
Fecha Sistema:28/01/2025 Hora:12:08:04	Cedula: 1.152.717.056 Registro: 1152717056	

NECESARIO LOS ANEXOS 3 U ORDENES
ADIDAS DESDE EL HOSPITAL SE REMITEN
EL SERVICIO DE FARMACIA NUTIBARA,
NECESARIO QUE VAYA HASTA LA EPS,
E MISMO SERVICIO SE LE BRINDA LA
MACION DE LA AUTORIZACION, FAVOR
INTE EN 2-3 DIAS HABILES

DE COLOMBIA
PROTECCION SOCIAL
ON DE SERVICIOS DE SALUD



W53 116940 Fecha Ene 28/2025 Hora 11:58

ADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Código	052840217001	NIT	890.906.991-2
Dirección	Cra. 27 No. 31-38 BARRIO JUAN XXIII		
Teléfono	8596561	Fax	8596050 EXT 230
Departamento	Antioquia	Código	05
Municipio	FRONTINO	Código	284
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)	COOSALUD 2655	Código	ESS024

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	SEPULVEDA	2do Apellido	CARDONA	
1er Nombre	LUZ	2do Nombre	MARINA	
Tipo de Documento	CEDULA	No Documento	32 278 384	
Fecha de Nacimiento	Nov. 12/1970	Edad	54 Años	
		Sexo	FEMENINO	
Dirección Residencia	LA CAMPIÑA		Teléfono	3105207626
Departamento	ANTIOQUIA	Código	05	
Municipio	FRONTINO	Código	284	
Cobertura en Salud	SUBSIDIADO-1			

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención	ENFERMEDAD GENERAL	Tipo de Servicios solicitados	SERVICIOS ELECTIVOS
Prioridad de la atención	PRIORITARIA	Servicio	MEDICA GENERAL
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización	CONSULTA EXTERNA	Cama	
Manejo Integral Según Guía			

Seq	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1	890268	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA
2	881202	1	ECOCARDIOGRAMA TRASTORACICO
3	903086	1	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA +
4	903088	1	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMI O AUTOMATIZADO
5	904801	1	ALDOSTERONA
6	904804	1	RENINA TOTAL

Justificación Clínica

PACIENTE FEMENINA DE 54 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE HTA RESISTENTE, ERC Y ACV CON INFARTO LACUNAR, CON BUENA TOLERANCIA AL TRATAMIENTO, AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES:

-HIPERTENSION ARTERIAL REFRACTARIA DE POSIBLE ORIGEN SECUNDARIO, EN TRATAMIENTO CON 6 FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS DE DIFERENTES GRUPOS FARMACOLÓGICOS, EN EL MOMENTO CON CIFRAS TENSIONALES EN RANGO DE CRISIS (180/110), PERO ASINTOMÁTICA, VALORADA POR MEDICINA INTERNA QUIEN AUMENTA DOSIS DE ALFA-ANTAGONISTAS Y DERIVA A NEFROLOGÍA, PENDIENTE VALORACIÓN POR ESTA ÚLTIMA ESPECIALIDAD, ORDEN VENCIDA, SE RENUEVA LA PATOLOGÍA DE LA PACIENTE DEBE SER MANEJADA POR MEDICO ESPECIALISTA.

-ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ESTADIO G3A - A2; PENDIENTE VALORACIÓN POR NEFROLOGÍA, YA CUENTA CON ECOGRAFÍA RENAL, SE SOLICITA PARACLÍNICOS DE SECUNDARISMO.

-ACV CON INFARTO LACUNAR, TOAST APARENTEMENTE INDETERMINADO, EN TRATAMIENTO DE PREVENCIÓN SECUNDARIA CON ASA.

-RCV MUY ALTO CON LDL FUERA DE METAS, SIN EMBARGO, PACIENTE NO DESEA AUMENTO O CAMBIO DE LA TERAPIA CON ESTATINAS.

-A LA AUSCULTACIÓN CON PRESENCIA DE SOPLO HOLOSISTÓLICO EN FOCO AÓRTICO, SE SOLICITA ECOCARDIOGRAMA TRASTORACICO.

-SE EXPLICA LA PACIENTE EL ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES POR CIFRAS TENSIONALES TAN ELEVADAS, SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES PARA CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS.

-CITA DE CONTROL EN 1 MES.

CONTROL METABOLICO: ADECUADO
CIFRAS TENSIONALES: FUERA DE METAS
IMC: 27.3 PERIMETRO ABDOMINAL 93
TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR CKD-EPI: 50
RCV ESCALA FRAMINGHAM MODIFICADO: ALTO RIESGO
TIENE INDICACIÓN DE ASA
NYHA: I

CONDUCTAS
CONTROL EN 1 MES

Diagnostico principal	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Código CIE10	I10X
Diagnostico relacionado 1	HIPERTENSION SECUNDARIA, NO ESPECIFICADA	Código CIE10	I159
Diagnostico relacionado 2	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA	Código CIE10	E785

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta	CASTAÑO VALENCIA SAMUEL	Teléfono	8596561
Registro Médico	1162717056	Teléfono Celular	