EVIDENCIA DE OBLGACION NO 3 GRUPO TEC. ENFERMERIA / COD FICHA 2397482

Correo de Jefe solicitando Apoyo ficha 2397482



Responder Responder a todos Reenviar Archivar Eliminar ...

Solicitud apoyo formación ficha Enfermería 2397482

Jorge Andres Orrego Martinez <jaorregom@sena.edu.co>
23/09/2022 5:42 p. m.

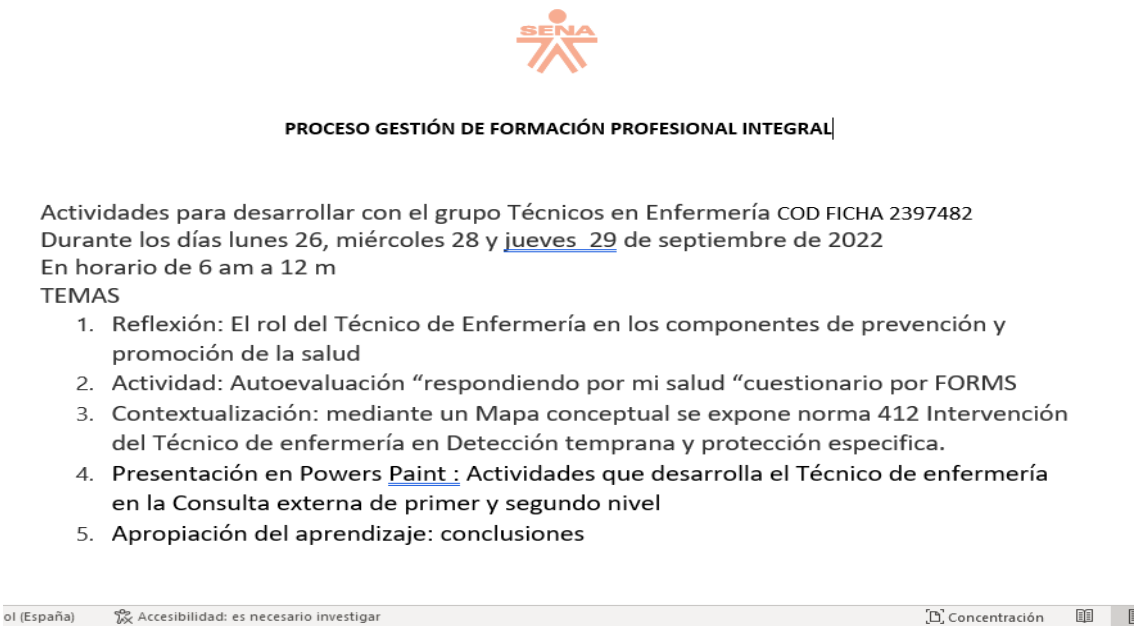
Para: Elva Fabiola Gonzalez Tamayo **Cc:** Luz Stella Martinez Orozco; Igor Mosquera Moreno

Estimada instructora muy buenas tardes, por medio del presente correo solicito apoyo en el proceso formativo de la ficha Técnico en Enfermería 2397482 durante los días 26, 28 y 29 de septiembre entre las 6 am y las 12 pm orientando lo relacionado con consulta externa. Muchas gracias.

Cordialmente,

Jorge Andrés Orrego Martínez
Coordinador Académico / Centro de Comercio y Servicios
jaorregom@sena.edu.co
Tel. +57 (606) 3135800 Ext: 63212
Cra 8 # 26-79 / Pereira, Colombia

Actividades Programadas



PROCESO GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

Actividades para desarrollar con el grupo Técnicos en Enfermería COD FICHA 2397482
Durante los días lunes 26, miércoles 28 y jueves 29 de septiembre de 2022
En horario de 6 am a 12 m
TEMAS

1. Reflexión: El rol del Técnico de Enfermería en los componentes de prevención y promoción de la salud
2. Actividad: Autoevaluación "respondiendo por mi salud "cuestionario por FORMS
3. Contextualización: mediante un Mapa conceptual se expone norma 412 Intervención del Técnico de enfermería en Detección temprana y protección especifica.
4. Presentación en Powers Paint : Actividades que desarrolla el Técnico de enfermería en la Consulta externa de primer y segundo nivel
5. Apropiación del aprendizaje: conclusiones

ol (España) Accesibilidad: es necesario investigar Concentración

Asistencia

ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS APRENDICES

sigo

PROCESO DE DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

VERSION: 3

CÓDIGO: GFPI-PL-001

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (DD/MM/AAAA): 26-sep/2022

REGIONAL: Risaralda | CENTRO DE FORMACIÓN: Comercio y Servicios | CIUDAD/MUNICIPIO: Pereira

NOMBRE DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN: TEC ENFERMERIA | NÚMERO DE FICHA DE CARACTERIZACIÓN: 2397482

A CONTINUACIÓN SELECCIONE EL PROCESO QUE SE VA A REALIZAR

CHARLAS INFORMATIVAS ☐ | PRESENTACIÓN PRUEBAS PRESENCIALES ☐ | MATRICULA ☐

DATOS DE LOS PARTICIPANTES

No.	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD ASPIRANTE	NUMERO DOCUMENTO IDENTIDAD ASPIRANTE	NOMBRES DEL PARTICIPANTE	APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	PROGRAMA DE FORMACIÓN/DIRECCIÓN / DEPENDENCIA / CARGO	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	FIRMA
1	CC	25174765	Claribel	Murillo Ospina	Tec. Enfermeria	clarisoca@outlook.es	3212431126	Claribel Murillo
2	CC	1004718577	María del carmen	Castaño Gaspari	Tec. Enfermería	mdcastano7775@misena.edu.co	3157860667	
3	CC	1010146306	Sherly	Arteaga Guzmán	Tec. Enfermeria	narag6769@gmail.com	3200058345	
4	CC	1088299076	Diana Marcela	lopez Prieto	Tec enfermeria	marcelasofia.mario@gmail.com	3116335411	Marcela lopez
5	CC	1090122167	Valeria Rivera	Rivera Moscoso	Tec. Enfermera	valeriarivera7@gmail.com	3165207926	Valeria Rivera.
6	CC	1088000557	Marcelo Palacios C.	Palacios Córdoba	Tec Enfermeria	Marcelapalacios@	3206260696	
7	CC.	1097731763	Adriana yesez Ov	yepez osfina	TEC. Enfermeria.	adrianayepez@gmail.com	3148231006.	
8	CC.	1077750885	Katheryn	Loaiza Bedoya	Tec. Enfermería	Katherynlv@gmail.com	3145911714	Katheryn loaiza B.
9	CC	1092850407	Sofia	Arango Ramirez	Tec Enfermería	Sofiarango1cc427@gmail.com	3163892226	Sofia Arango R.
10	CC	10.140.967	Carlos Mario Ra	Ramírez Bedoya	Tec Enfermería	carlosmario9999@gmail.com	3022245130	
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Consentimiento de prueba: es la manifestación libre, voluntaria y expresa, que da por escrito o vía web, un aspirante a la formación en el SENA, autorizando que se le realice una prueba de selección, cuyo resultado deberá consignarse en su registro.

siga

PROCESO DE DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

VERSION: 3

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

CÓDIGO: GFPI-PL-001

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (DD/MM/AAAA):	28- Sep / 2022.				
REGIONAL:	Risaralda	CENTRO DE FORMACIÓN:	Comercio y Servicios	CIUDAD/MUNICIPIO:	
NOMBRE DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN:	TEC. ENFERMERIA			NÚMERO DE FICHA DE CARACTERIZACIÓN (APLICA PARA PRUEBAS Y MATRICULA)	2397482

A CONTINUACIÓN SELECCIONE EL PROCESO QUE SE VA A REALIZAR

CHARLAS INFORMATIVAS	☐	PRESENTACIÓN PRUEBAS PRESENCIALES	☐	MATRICULA	☐

DATOS DE LOS PARTICIPANTES

No:	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD ASPIRANTE	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD ASPIRANTE	NOMBRES DEL PARTICIPANTE	APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	PROGRAMA DE FORMACIÓN/DIRECCIÓN / DEPENDENCIA / CARGO	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	FIRMA
1	CC	1097731763	Dahiana Alexandra.	Yepez Ospina.	Tec. Enfermeria.	Dahianayepez10@gmail.com	3148831006.	Dahiana Yepez.
2	CC.	1090122167	Valeria Rivera M.	Rivera Moscoso	Tec. Enfermeria	Valeriariveramoscoso@gmail.com	3185202926	Valeria Rivera M.
3	CC	1088249377	Yuliana Palacio G.	Palacio Garcia	Tec. Enfermeria	Palaciosgarciayuliana88@gmail.com	3215843378	Yuliana Palacio
4	CC	10.140963	Carlos Mario Ramirez	Ramirez Bedoya	Tec. enfermeria	carlosmario3@gmail.com	3022271137	
5	CC	1088299076	Diana Marcela	Lopez Prieto	Tec. Enfermeria	marcelasofia.mateo@gmail.com	3116535411	Marcela López
6	CC	1060010053	Stefania Henao	Henao Velasquez	Tec. Enfermeria	stefaniahenao2456@gmail.com	3216167904	Stefania H.V
7	CC	1010146306	Jherly Maryury	Arteaga Guzmán	Tec. Enfermeria	nana867696@gmail.com	3209053335	
8	CC	1088000557	Marcela Palacios C.	Palacios Córdoba	Tec. Enfermeria	marcelupalacios@utp.edu.co	3206260696	Marcela
9	CC	25 1747765	Olaribel Murillo O.	Murillo Ospina	Tec. Enfermeria	claris2001@outlook.es	3212431126	Olaribel Murillo.
10	CC	1088016034	Jazmin. r	londoño lopez.	Tec Enfermeria	Jlondono430@misena	3117322869.	JAZMIN L.
11	CC.	1097730885	Kalhelin	loaiza Bedoya.	Tec. Enfermeria	Kathelsu14@gmail.com	3145911719	Kalhelin loaiza B
12	CC	1092850407	Sofia	Arango ramirez	Tec Enfermeria	Sofiarango1007@gmail.com	3163892226	Sofia Arango R
13								
14								
15								
15								
17								
18								
19								
20								

Consentimiento de prueba: es la manifestación libre, voluntaria y expresa, que da por escrito o vía web, un aspirante a la formación en el SENA, autorizando que se le realice una prueba de selección, cuyo resultado deberá consignarse en su registro.

SENA siga

PROCESO DE DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

VERSION: 3

FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA

CÓDIGO: GFPI-PL-001

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO (DD/MM/AAAA): 24-9-22

REGIONAL:	Risaralda	CENTRO DE FORMACIÓN:	Cultura y servicio	CIUDAD/MUNICIPIO:	Pereira

NOMBRE DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN:	TEC. ENFERMERIA	NÚMERO DE FICHA DE CARACTERIZACIÓN (APLICA PARA PRUEBAS Y MATRICULA)	2397482

A CONTINUACIÓN SELECCIONE EL PROCESO QUE SE VA A REALIZAR

CHARLAS INFORMATIVAS	☐	PRESENTACIÓN PRUEBAS PRESENCIALES	☐	MATRICULA	☐

DATOS DE LOS PARTICIPANTES

No:	TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD ASPIRANTE	NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD ASPIRANTE	NOMBRES DEL PARTICIPANTE	APELLIDOS DEL PARTICIPANTE	PROGRAMA DE FORMACIÓN/DIRECCIÓN / DEPENDENCIA / CARGO	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	FIRMA
1	CC	1004718577	Maria del Carmen	Castaño Gaspar	Tec. Enfermeria	mdcastano0775@misena.edu.co	3157860667	Mª del Carmen
2	CC	1088000557	Lina Marcela	Palacios Córdoba	Tec Enfermería	marcelinapalacios@utp.edu.co	3206260696	Marcela
3	CC	29174765	Claribel	Murillo Ospina	Tec Enfermería	claris2001@outlook.es	3212431126	Claribel Murillo
4	CC	1097731763	Dahiana Alexandra.	yepez ospina.	Tec. Enfermería	dahianayepez0@gmail.com.	3148831006.	Dahianna Yepez.
5	CC	1088016034	Jazmin	londoño lopez	Tec. Enfermeria.	JlondonA3@misena.	3117322969	Jazmin L.
6	CC	1092830407	Sofia	Arango Ramirez	Tec Enfermeria	sofiarangoro0427@gmail.com	3163872226	Sofia Arango
7	CC	1088241131	Yorliana	Palacio Garcia	Tec. Enfermeria	palaciogarciayorliana@gmail.com	3216814538	[illegible]
8	CC	1090122167	Valeria Rivera M.	Rivera Moscoso	Tec. Enfermeria	Valeriaverarivera700@gmail.com	3185202926	Valeria Rivera.
9	CC	1.060.010.033	Stefania	Heredo Velásquez	Tec. Enfermeria	stefaherredo2950@gmail.com	3216167904	Stefania H.V
10	CC	1010146306	Sherly	Arteaga	Tec. enfermeria	ronaa6769@gmail.com	3209053315	[illegible]
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Consentimiento de prueba. es la manifestación libre, voluntaria y expresa, que da por escrito o vía web, un aspirante a la formación en el SENA, autorizando que se le realice una prueba de selección, cuyo resultado deberá consignarse en su registro.

Nombre del Aprendiz: Marcela Palacio Cordoba No del Doc: 1088000557
Nombre del Aprendiz: Yaria del Carmen Castaño No del Doc: 1004718577
Claribel Murillo Ospina 25174765

Regional: Risaralda
Centro de formación: Comercio y Servicios
Código del Programa de Formación: 2397482

ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR

ACTIVIDADES PAR REALIZAR

A cada Pareja se le asignara un caso puntual, realizará la simulación como tal y responderá a la solicitud de la actividad.

Toma de citología. De acuerdo con el video observado, con el acompañamiento de la instructora y tomando como referencia siguientes datos, ustedes prepararan y realizaran la simulación de la toma de citología la cual irán explicando sobre este caso puntual. Recuerden poner en práctica todo lo que implica la realización del procedimiento como tal.

DATOS GENERALES

Mujer nulípara – antecedentes de crio cauterización en cuello de útero

Hace 2 días se le fue la menstruación y el día anterior tubo relaciones sexuales sin protección.

Hallazgos en el cuello uterino	Precauciones en la toma	Procedimiento	Datos para registrar en observaciones

Recomendaciones...
- No tener relaciones sexuales Minimo 48 horas Antes de la toma de Muestra
- tomar 5 dias después de su periodo menstrual
- No Duchas Vaginales
- No tratamientos topicos de 5 a 7 días.
- llevar ropa comoda Puesta.

Al Momento de presentarse
llenar formulario y firmar
Informa el procedimiento a realizar
Suministrar bata para la paciente.

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

- Alistar Material: especulo, citocepillo, espatula de aire, lamina (Marcada y portador de lamina), sellador, Equipo de protección personal. (Guantes, gafas, bata, deposito de riesgos biologico. (Iniciales de nombres y apellido, Numero de cedula, Numero de lamina y fecha)

En primera instancia en este caso no se puede realizar el procedimiento a la Paciente ya que ha tenido relaciones sexuales el dia anterior por lo que tendria inflamación & Irritaciones..lo que llevara a experimentar Molestia al realizar el examén ginecologico.

Por otra parte se debe tener en cuenta que al cumplir con los requisitos se realiza el examen mediante algunos Pasos como: (Esto altera el resultado)

1ª indicar a la paciente ubicarse en la camilla en posición ginecologica
2do cuidar la intimidad del paciente
3ª informar sobre Molestia y brindar segondad
4to Separar labios, y ir introduciendo el especulo de lado lentamente luego enderesarlo y abrirlo lentamente procurando no lastimar el cuello del utero.
una vez estar abierto el especulo si hay restos de sangre se debe limpiar con una gasa al rededor del mismo y proceder a introducir (Endocervix) El espatula de aire y dar 3 vueltas, spear y hacer barrido en un lado de la lamina (como Ordene el laboratorio) y seguido con el citocepillo dar vuelta de 360° de forma cuidadosa y realizar el barrido (exocervis) en lamina, desechar y aplicar el sellador. / Esperar un poco y cerrar el portad
5to retirar de la cavidad cuello del utero, cerrar y retira de lado nueva/. desechar.
6to Entregar información sobre la entrega de resultados.

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

FORMATO TOMA DE CTIOLGIA

Ciudad y fecha Pereira Risaralda 29-09-2022.

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO Maria del Cármen Castaño EDAD 20 años

NUMERO IDENTIFICACION 1008829903 3

TELEFONO Y CORREO ELECTRONCIO maria@gmail com

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

G. 0P0 A.0C.0	F.U.M 16 de Septiembre 2021	M.P.F. NIEGA HACE CUANTO

ULTIMA CITOLOGIA NUNCA RESULTADO NUNCA

Le han realizado procedimientos en la vagina/útero o relacionados?

Si NIEGA	Cual? MEGA	Hace cuanto? MEGA	Porque? NIEGA

DATOS OBSERVACION DURANTE LA TOMA DE CITOLOGIA

Labios	Flujo: color VERDE Cantidad EXCESIVO	Cuello inflamado	Sangrado

Recomendación RECOMENDACION VISITAR AL GINECOLOGO POR FLUJO EXCESIVO

DATOS DE EMBALAJE DE LA PLACA: Placa marcada: 29-1MDC-100882 numero 1008829903

DATOS DE QUIEN TOMA LA MUESTRA

NOMBRE COMPLETO Marcela lopez Prieto	NUMERO DE IDENTIDAD 25571569	CARGO Aux Enfermeria

Firma Marcela lopez Prieto

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

PREANALÍTICA DE CITOLOGÍA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Por favor colocar N/A cuando no aplica para el paciente o no se cuenta con la información

Fecha de nacimiento: 2 septiembre 1997	
Telefono: 3116335411	
Direccion: Pueblo rico embera chami	
Barrio: La pradera	
Ciudad: Santo domingo	
E-mail: N/A	
Metodo de planificacion: N/A	
Fecha de la ultima menstruacion: 13-09-22	
Mes del embarazo (Si esta embarazada): N/A	
Edad: 20	Edad de la primera menstruacion: 10
Numero de hijos: N/A	Numero de abortos: N/A
Edad de inicio de actividad sexual: N/A	
Cuantos companeros sexuales ha tenido en su vida? N/A	

PREGUNTE AL PACIENTE Y SEÑALE CON UNA (X), POR FAVOR NO OBVIAR INFORMACIÓN

ANTECEDENTES	SI	NO		SI	NO
¿Fuma?	SI [ ]	NO [X]	Crioterapia	SI [ ]	NO [X]
¿Presenta sangrado fuera de la menstruacion?	SI [ ]	NO [X]	Histerectomia	SI [ ]	NO [X]
Ha sido vacunada contra el papiloma virus Humano PVH?	SI [X]	NO [ ]	Conizacion	SI [ ]	NO [X]
¿Se esta realizando tratamiento de flujo actualmente? ¿Cuál?	SI [ ]	NO [X]	Cauterizacion	SI [ ]	NO [X]
Ha sido diagnosticada con alguna enfermedad de transmision sexual?	SI [ ]	NO [X]	Radioterapia	SI [ ]	NO [X]
¿Otra? Cual? Niega					

INFORMACIÓN DE LA ÚLTIMA CITOLOGÍA

Fecha de la ultima citologia: N/A	Institucion:
Resultado de la ultima citologia: ANORMAL [ ] NORMAL [ ] N/A	*En caso de que el resultado no llegue a su correo electrónico, por favor reclamarlo personalmente.*
Nombre completo de la paciente: Maria del carmen Castaño	

ESPACIO QUE DILIGENCIA DINÁMICA IPS

ASPECTO DEL FLUJO, ASPECTO DEL CERVIX, OBSERVACIONES:

Flujo verde excesivo cuello

Nombre del Profesional que toma la muestra:

RESULTADOS

ESPACIO PARA STICKER DE PROCESO

Calidad del especimen: N/A	
Categoria general: inflamacion exceso flujo verde	
Microorganismos: Abundante	
Otros hallazgos no neoplasicos:	
Anormalidades en células escamosas: escasas	
Anormalidades en células glandulares: poco	
Observaciones: utero inflamado con flujo abundante por infeccion	

Nombre completo de la Citotecnóloga que hace la lectura: Marcela Lopez Prieto

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

PRE-TEST PARA TOMA DE VIH

Ciudad y fecha Pereira Risaralda 29 de Septiembre de 2022

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO Marcela lopez Prieto EDAD 30 años

NUMERO IDENTIFICACION 1088299077

TELEFONO Y CORREO ELECTRONCIO marcelamaria@gmail.com

Señor(a):

El presente documento tiene como objetivo que usted, luego de haber recibido información, manifieste de manera libre y voluntaria, a través de su firma, la autorización o rechazo a la realización del examen de detección del VIH, según se establece en la Ley Nº 19.779 y en la normativa del Ministerio de Salud.

El examen para detectar el virus del SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH) se realiza a partir de una muestra de sangre que al ser procesada, puede entregar un resultado negativo o positivo. El resultado negativo significa que no se encuentran anticuerpos al VIH; el resultado positivo significa que se detecta la presencia de anticuerpos al VIH y que el Instituto de Salud Pública (ISP) ha confirmado que la persona ha adquirido el virus.

La entrega del resultado final podrá requerir, en algunos casos, de una segunda muestra de sangre.

El procesamiento de la muestra de sangre y su confirmación toma, aproximadamente, cuatro semanas.

Para que el examen pueda detectar con seguridad el virus VIH, se requiere que la toma de la muestra de sangre y su análisis se realice luego de tres meses desde la última situación de riesgo para adquirirlo (periodo de ventana).

El examen se debe ofrecer con **consejeria Pre**test, que tiene como propósito informar sobre el VIH y el examen de detección, firmar el Consentimiento Informado y tomar acuerdos para la entrega del resultado. El resultado de su examen será entregado personalmente con Consejería Postest en la que, además recibirá información respecto de las estrategias de prevención y/o los Servicios de Salud disponibles para la atención, si corresponden. Toda la información que usted entregue en ambas sesiones será tratada confidencialmente.

YO Marcela lopez Prieto, RUN 1088299077 declaro haber comprendido este documento y haber recibido Consejería Previa a la realización del test. Acepto la responsabilidad de retirar personalmente el resultado; en caso de no retirarlo en la fecha acordada, acepto que se me contacte confidencialmente, según los procedimientos que me han informado (llamado telefónico, visita domiciliaria, carta certificada).

POR QUE LE SOLICITARON EL EXAMEN
Refiere consultar el examen por haber estado con pareja sospechoza de VIH
SE HA REALIZADO ANTES ESTE EXAMEN NO RESULTADO NO aplica

SE HA REALIZADO ANTES ALGUNO DE ESTOS EXAMENES

SEROLOGIA NO Resultado NO aplica	CITOLOGIA CCU NO Resultado No aplica	HEPATITIS NO Resultado No aplica	OTROS RELACIONADOS NO Resultado No aplica

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Nombre del Aprendiz: Jherly Arteaga. **No del Doc:** 1010146306
Nombre del Aprendiz: Valeria Rivera. **No del Doc:** 1090122167
Carlos Ramirez:

Regional: Risaralda
Centro de formación: Comercio y Servicios
Código del Programa de Formación: 2397482

ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR

A cada Pareja se le asignará un caso puntual, realizará la simulación como tal y responderá a la solicitud de la actividad.

Toma de tamizaje visual. De acuerdo con el video observado, con el acompañamiento de la instructora y tomando como referencia siguientes datos, ustedes prepararan y realizaran la simulación de la toma de agudeza visual la cual irán explicando sobre este caso puntual. Recuerden poner en práctica todo lo que implica la realización del procedimiento como tal.

DATOS GENERALES

Niño de 11 años – escolar – desde hace 2 años cón dificultad para leer – la mama refiere que el niño juega mucho con su Nintendo. Y que además a los 6 años le mandaron terapia del lenguaje.

Durante la prueba que ustedes realizan observan que el ojo derecho presenta una leve desviación hacia la parte interior de la nariz.

Además, no sabe leer.

Hallazgos	Distancia ver de cerca	Tipo de tabla de Shell usada	Datos para registrar en observaciones
*dificultad para leer. *juega mucho nintendo *le mandaron terapia del lenguaje *Niño de 11 años	*Una distancia de 20 pasos, lo que equivale a 6 metros. Distancia ver de lejos *6 metros.	Se la utiliza para evaluar la visión y agudeza visual. 1. Escala aritmética o Tipo Snell. 2. Escala logaritmica o de Bailey-Lovie 3. Tests de agudeza visual Pediatricos	*Observan que el ojo derecho presenta una leve desviación hacia la parte interior de la nariz. *No sabe leer. *se remite para terapia de lenguaje y optometria.

Esta actividad pertenece a uno de los programas de P y P denominado:
*Toma de tamizaje visual y toma de agudeza visual

Escaneado con CamScanner

Realizar el tamizaje visual

Se solicita

Cubrirse un ojo con la palma de la mano o una paleta pequeña
mientra lee en voz alta la linea más pequeña de las letras que pueda ver en la tabla.

Números
Lineas
Imagenes } se utilizan para personas que no pueden leer, en especial los niños.

Ayuda para detectar la disminución de la Agudeza visual o factores de riesgo
que pueden interferir con el desarrollo adecuado del ojo y el sistema visual.

Por presentar una desviación hacia la parte interior de la nariz, puede causar
estrabismo se trata cuando los musculos no trabajan juntos, esto quiere decir que
un ojo mira un objeto, mientra el otro ojo voltea en dirección diferente y mira otro
objeto. cuando esto ocurre, se envia dos imagenes diferentes al cerebro: una desde
cada ojo, y puede confundir al ojo.

Para esto deben realizar una operación y consiste en reforzar o debilitar los
musculos oculares responsables de la mala alineación.

Existe:
Gafas
Lentes
Terapias
Cirugia del musculo ocular

Escaneado con CamScanner

PRE-TEST PARA TOMA DE VIH

Ciudad y fecha Palmira - 29/09/22

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO Alejandro Yasno EDAD 18

NUMERO IDENTIFICACION 1020016184 - Palmira

TELEFONO Y CORREO ELECTRONCIO 3206089009 - Ayasno4@gmail.com

Señor(a):

El presente documento tiene como objetivo que usted, luego de haber recibido información, manifieste de manera libre y voluntaria, a través de su firma, la autorización o rechazo a la realización del examen de detección del VIH, según se establece en la Ley Nº 19.779 y en la normativa del Ministerio de Salud.

El examen para detectar el virus del SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH) se realiza a partir de una muestra de sangre que al ser procesada, puede entregar un resultado negativo o positivo. El resultado negativo significa que no se encuentran anticuerpos al VIH; el resultado positivo significa que se detecta la presencia de anticuerpos al VIH y que el Instituto de Salud Pública (ISP) ha confirmado que la persona ha adquirido el virus.

La entrega del resultado final podrá requerir, en algunos casos, de una segunda muestra de sangre.

El procesamiento de la muestra de sangre y su confirmación toma, aproximadamente, cuatro semanas.

Para que el examen pueda detectar con seguridad el virus VIH, se requiere que la toma de la muestra de sangre y su análisis se realice luego de tres meses desde la última situación de riesgo para adquirirlo (periodo de ventana).

El examen se debe ofrecer con **consejería Pre**test, que tiene como propósito informar sobre el VIH y el examen de detección, firmar el Consentimiento Informado y tomar acuerdos para la entrega del resultado. El resultado de su examen será entregado personalmente con Consejería Postest en la que, además recibirá información respecto de las estrategias de prevención y/o los Servicios de Salud disponibles para la atención, si corresponden. Toda la información que usted entregue en ambas sesiones será tratada confidencialmente.

YO Alejandro Yasno, RUN 1020016184 declaro haber comprendido este documento y haber recibido Consejería Previa a la realización del test. Acepto la responsabilidad de retirar personalmente el resultado; en caso de no retirarlo en la fecha acordada, acepto que se me contacte confidencialmente, según los procedimientos que me han informado (llamado telefónico, visita domiciliaria, carta certificada).

POR QUE LE SOLICITARON EL EXAMEN

Para descartar VIH

SE HA REALIZADO ANTES ESTE EXAMEN NO RESULTADO

SE HA REALIZADO ANTES ALGUNO DE ESTOS EXAMENES

SEROLOGIA	CITOLOGIA CCU	HEPATITIS	OTROS RELACIONADOS
Resultado X	Resultado X	Resultado X	Resultado X

Escaneado con CamScanner

ANTECEDENTES DEL USURIO		
ENFERMEDADES EN GENERAL ➢ DTES ➢ HTA ➢ OTRAS	ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL ➢ SIFILIS ➢ HERPES ➢ OTROS	ALTERACIONES DE SALUD - Azucar alta - HTA - alta.

CONOCIMENTOS SOBRE EL VIH

¿SABE QUE ES EL VIH? SI X NO	¿SABE COMO SE CONTAGIA? SI X NO	¿HA TENIDO RIESGOS DE CONTAGIO? SI NO X no recuerda
¿sabe que es el CONDON? Si X NO	¿USA EL CONDON? Si NO X algunas veces	¿sabe cómo se usa el CONDON? Si X NO
Cuantas parejas sexuales ha tenido en el ultimo año Menos de 1 o mas de 2	Uso el condón SI X NO no recuerda	

¿Que haría si el resultado le saliera positivo?

Entraria en Schock, Por que Seria un resultado el Cual no me esperaria. No le veria Sentido a la vida.

Frente a esto decido:

35 17 **Si**, acepto realizarme el examen de detección del VIH

Nombre y firma consultante o representante legal

Firma Alejandro Yasno

35 17 **No** acepto realizarme el examen de detección del VIH

Nombre y firma consultante o representante legal

Firma

DATOS OBSERVACION DURANTE PRE TEST			
RECEPTIVIO RETRANQUILO /A	INQUIETO/A	EVASIVO /A X	LLANTO FACIL

DATOS DE QUIEN HACE EL PRE TEST

NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE IDENTIDAD	CARGO
Valeria Rios	36202010	Auxiliar en Enfermeria

Escaneado con CamScanner

PREANALÍTICA DE CITOLOGÍA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Por favor colocar N/A cuando no aplica para el paciente o no se cuenda con la información

ESPACIO PARA STICKER DE PACIENTE

Fecha de nacimiento	30 Junio 1982
Telefonos	3051110200
Direccion	Cra 04 #5-00
Barrio	Benitez
Ciudad	Barranquilla
E-mail	Vvargas e gmail.com
Metodo de planificacion	DIU
Fecha de la ultima menstruación	20 agosto 22
Mes del embarazo (Si está embarazada):	
Edad de inicio de actividad sexual:	17
Cuántos compañeros sexuales ha tenido en su vida?	3
Edad: 38	
Edad de la primera menstruacion	13
Numero de hijos:	3
Número de abortos:	0

PREGUNTE AL PACIENTE Y SEÑALE CON UNA (X), POR FAVOR NO OBVIAR INFORMACIÓN

ANTECEDENTES	SI	NO
¿Fumo?	SI ☐	NO ☒
¿Presento sangrado fuera de la menstruación?	SI ☒	NO ☐
Ha sido vacunada contra el papiloma virus Humano PVH?	SI ☒	NO ☐
¿Se esta realizando tratamiento de flujo actualmente? ¿Cuál?	SI ☐	NO ☒
Ha sido diagnosticada con alguna enfermedad de transmisión sexual?	SI ☐	NO ☒
¿Otro? Cual?		

	SI	NO
Crioterapia	SI ☐	NO ☒
Histerectomia	SI ☐	NO ☒
Conizacion	SI ☐	NO ☒
Cauterizacion	SI ☐	NO ☒
Radioterapia	SI ☐	NO ☒

INFORMACIÓN DE LA ÚLTIMA CITOLOGÍA

Fecha de la ultima citologia: 15 de mayo 21	Institucion: Rafael
Resultado de la ultima citologia: ANORMAL ☐ NORMAL ☒	***En caso de que el resultado no llegue a su correo electrónico, por favor reclamarlo personalmente.***
Nombre completo de la paciente: Anastacia del clemento	

ESPACIO QUE DILIGENCIA DINÁMICA IPS

ASPECTO DEL FLUJO, ASPECTO DEL CERVIX, OBSERVACIONES:

sin hallazgos Anormales

Nombre del Profasional que toma la muestra: Susan Mejia

RESULTADOS

ESPACIO PARA STICKER DE PROCESO

Calidad del especimen:	
Categoria general:	
Microorganismos:	
Otros hallazgos no neoplasicos:	
Anormalidades en células escamosas:	
Anormalidades en celulas glandulares:	
Observaciones	

Nombre completo de la Citotecnóloga que hace la lectura Rodrigo Castro

epotema

Escaneado con CamScanner

FORMATO TOMA DE CTIOLGIA

Ciudad y fecha Popayan 27 de Julio 2022

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO Rafaela Roma Zapata EDAD 30

NUMERO IDENTIFICACION 20905306

TELEFONO Y CORREO ELECTRONCIO Rzapata@gmail.com

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

G. P. A. C.	F.U.M	M.P.F. HACE CUANTO

ULTIMA CITOLOGIA 20 de enero RESULTADO Normal

Le han realizado procedimientos en la vagina/útero o relacionados?

Si X	Cual?	Hace cuanto?	Porque?
	Citologia	3meses	Presenta infeccion

DATOS OBSERVACION DURANTE LA TOMA DE CITOLOGIA

Labios	Flujo: color Verde Cantidad abundante	Cuello	Sangrado
Quemados		rojo anormal	excesivo

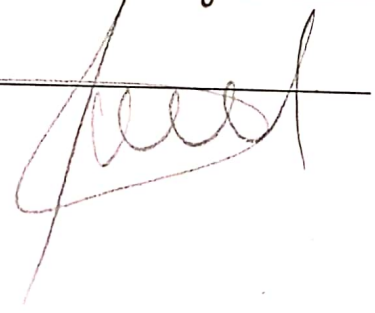
Recomendación

DATOS DE EMBALAJE DE LA PLACA: Placa marcada: R R 2 numero 0230

DATOS DE QUIEN TOMA LA MUESTRA

NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE IDENTIDAD	CARGO
Carla tatiana, mejia	1080177678	Jefe enf.

Firma



Escaneado con CamScanner

Nombre del Aprendiz: Diana Marcela López Prieto No del Doc: 1088290076
Nombre del Aprendiz: Stefania Henao Velasquez No del Doc: 1060010053

Regional: Risaralda
Centro de formación: Comercio y Servicios
Código del Programa de Formación: 2397482

ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR

A cada Pareja se le asignará un caso puntual, realizará la simulación como tal y responderá a la solicitud de la actividad.

Examen de Mama. De acuerdo con el video observado, con el acompañamiento de la instructora y tomando como referencia siguientes datos, ustedes prepararan y realizaran la simulación de la examen de seno la cual irán explicando sobre este caso puntual. Recuerden poner en práctica todo lo que implica la realización del procedimiento como tal.

DATOS GENERALES

Mujer de 44 años nulípara, con FUM de hace 20 días, usa como MPF hormonal inyectable desde hace 20 años. Hasta hace 2 meses Residía en el exterior, Refiere no realiza con frecuencia autoexamen de seno pero que desde hace 2 años se siente una "masa" en seno *derecho, sin dolor. Que lo relaciona con la cirugía de túnel carpiano que le realizaron hace 6 meses.*

Inicialmente usted le enseña a realizar el autoexamen(demostración)

Al examen que usted realiza encuentra: asimetría en pezones, a la palpación: masa de aprox. 0.5 cm ángulo superior derecho del seno derecho.

Hallazgos sobre el caso	Precauciones al examen	Procedimiento	Datos para registrar en observaciones
asimetria en Pezones, a la Palpacion: masa de aprox. 0.5 cm angulo Superior derecho del Seno derecho	#Hacerlo de 3 a 5 dias despues del periodo #Hacerlo mensualmente	*Con los dedos de la mano presionar suavemente con firmeza haciendo movimientos pequeños para examinar toda la mama luego Sentada o de pie palpar la axila. y presionar Suavemente los Pezones verificando si hay Secrecion	Mujer de 44 años Nulipara MPF hace 20 años. Cirugia de tunel carpiano hace 6 meses

Esta actividad pertenece a uno de los programas de P y P denominado: Promocion y Prevencion de Cancer de mama

FORMATO TOMA DE CTIOLGIA

Ciudad y fecha Pereira, Risaralda 29-09-2022

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO Stefania Herco Velásquez EDAD 19

NUMERO IDENTIFICACION 1060010054

TELEFONO Y CORREO ELECTRONCIO stefherco29s@gmail.com 3261617904

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

G. P. A. C.	F.U.M	M.P.F. Ninguno HACE CUANTO
0 0 0 0	8 Agosto	

ULTIMA CITOLOGIA Nunca RESULTADO

Le han realizado procedimientos en la vagina/útero o relacionados?

Si	Cual?	Hace cuanto?	Porque?
X	Ecografia	1 Mes	Dolores en la parte baja

DATOS OBSERVACION DURANTE LA TOMA DE CITOLOGIA

Labios	Flujo: color Cantidad	Cuello	Sangrado
Normales		Sin lesiones	NO

Recomendación

DATOS DE EMBALAJE DE LA PLACA: Placa marcada: #4 numero

DATOS DE QUIEN TOMA LA MUESTRA

NOMBRE COMPLETO	NUMERO DE IDENTIDAD	CARGO
Claribel Murillo	42840244	Enfermera

Firma Claribel M

PREANALÍTICA DE CITOLOGÍA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Por favor colocar N/A cuando no aplica para el paciente o no se cuenta con la información

	Fecha de nacimiento: 18 de Julio 1992
	Telefono: 3214747404
	Direccion: Manzana 26 casa 26
	Barrio: Villa del Prado
	Ciudad: Pereira, Risaralda
	E-mail: stefahenao1295@gmail.com
	Metodo de planificacion: Ninguno
	Fecha de la ultima menstruacion: 1 Septiembre 2021
	Mes del embarazo (Si esta embarazada):
Edad: 30	Edad de la primera menstruacion: 12 años
Numero de hijos: 4	Edad de inicio de actividad sexual: 15 años
Numero de abortos: 1	Cuantos companeros sexuales ha tenido en su vida? 3

PREGUNTE AL PACIENTE Y SEÑALE CON UNA (X), POR FAVOR NO OBVIAR INFORMACIÓN

ANTECEDENTES	SI	NO		SI	NO
¿Fuma?	SI ☐	NO ☒	Crioterapia	SI ☐	NO ☒
¿Presenta sangrado fuera de la menstruacion?	SI ☐	NO ☒	Histerectamia	SI ☐	NO ☒
Ha sido vacunada contra el papiloma virus Humano PVH?	SI ☐	NO ☒	Conizacion	SI ☐	NO ☒
¿Se esta realizando tratamiento de flujo actualmente? ¿Cuál?	SI ☐	NO ☒	Cauterizacion	SI ☐	NO ☒
Ha sido diagnosticada con alguna enfermedad de transmision sexual?	SI ☐	NO ☒	Radioterapia	SI ☐	NO ☒
¿Otra? Cual?					

INFORMACIÓN DE LA ÚLTIMA CITOLOGÍA

Fecha de la ultima citologia: 29 Septiembre 2021	Institucion:
Resultado de la ultima citologia: ANORMAL ☐ NORMAL ☒	*En caso de que el resultado no llegue a su correo electrónico, por favor reclamarlo personalmente.*
Nombre completo de la paciente: Marcela López	

ESPACIO QUE DILIGENCIA DINÁMICA IPS

ASPECTO DEL FLUJO, ASPECTO DEL CERVIX, OBSERVACIONES:
Sin anomalias
Nombre del Profesional que toma la muestra: Stefania Henao

RESULTADOS

ESPACIO PARA STICKER DE PROCESO	Calidad del especimen:
	Categoria general:
	Microorganismos:
	Otros hallazgos no neoplasicos:
	Anormalidades en células escamosas:
	Anormalidades en celulas glandulares
	Observaciones

Nombre completo de la Citotecnóloga que hace la lectura_____