HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:RIESGO-CAR
Fecha Historia:24/07/2023 03:45 p.m.
Lugar y Fecha:RIONEGRO,ANTIOQUIA 24/07/2023 03:45 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1036928656 MARIA ELVIA OSORIO ORTIZ
Administradora: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S Convenio: AlianzaCapitado Tipo de Usuario: SUB. NIVEL 0 Y 1
No Historia: 1036928656 Cons. Historia: 2340994
Atención: Ambulatorio

NOMBRE PLANTILLA
PROGRAMA RIESGO CARDIOVASCULAR:

NOMBRE PLANTILLA
IDENTIFICACION
Tipo Documento F: CC
Historia: 1036928656
Nombre: MARIA ELVIA OSORIO ORTIZ
Fecha Nacimiento F: 12/07/1949
Edad: 74 Años
Sexo: Femenino
Estado Civil: Soltero
Escolaridad.: OTROS
Ocupación: AMA DE CASA
Direccion: EL ASILO
Telefono: 5315368/5610947
E.A.P.B.: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S
Convenio: AlianzaCapitado
Acompañante (Parentesco): CBA
Dirección (Acompañante): CBA
Telefono (Acompañante): 0
CONSULTA DE PRIMERA VEZ AÑO
CONSULTA DE PRIMERA VEZ AÑO: No
MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
Fecha: 24/07/2023
Hora: 15:40
MOTIVO DE CONSULTA: " Sangrado por la nariz"
ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente femenina con antecednete perosnal de retraso mental produnfo, demencia senil con cuadro clinico de varias eces epistais pacienten el momento con sangrado nasal
REVISION POR SISTEMAS
Revision por sistemas: lo referido en la enfermedad actual
Con respecto a su medicación:
Se olvida alguna vez de tomarlos?: NO
Los toma a la hora indicada?: SI
Si se siente bien deja de tomarlos?: NO
Si le sienta mal, deja de tomarlos?: SI
ANTECEDENTES PERSONALES
El usuario tiene Dx confirmado de HTA?: 2-NO
El usuario tiene Dx confirmado de DM?: 4-OTROS
El usuario tiene Dx de ERC?: 98-NO APLICA
ERC: NO
El usuario tiene Dx de Dislipidemia?: 2-NO DISPLICEMIA
El usuario es Anticoagulado?: 2-NO
Tasa de Filtación Glomerular Estimada (TFG): 1
El usuario recibe (ARAII) a la fecha de corte?: 98-NO APLICA
El usuario recibe (IECA) a la fecha de corte?: 98-NO APLICA
Consumo de Cigarrillo.: NO
Consumo de tabaco (IPA): 0
Consumo de licor.: NO
VIH-SIDA: NO
Actividad física diaria al menos 30 minutos?: 2-NO
Consume verduras o frutas regularmente?: 2-NO
ALERGICO A:: NO REFIERE ALERGIAS
Quirúrgicos-Cuál?: Fx de cadera
Traumáticos-Cuál?: NO
Transfusiones-Cuándo?: NO
Tratamiento Actual (Actualizar Siempre): PACIENTE DE 64 AÑOS DE EDAD CON IDX DE RETARDO MENTAL. SE TRANSCRIBE FORMULA DE MEDICO PARTICULAR: ALPRAZOLAM 0.25 MGS. MEDIA TABLETA VIA ORAL CADA DIA POR 20 DIAS.
Otros Antecedentes Personales: RETARDO MENTAL
DEMENCIA SENIL
SORDOMUDA
Datos según Resolución 202/2021 de la 4505
Resultado de creatinina: 1.00
Resultado de glicemia basal: 1.00
Resultado de triglicéridos: 1
Fecha Toma de Hemoglobina y Hematocrito: 24/07/2023
Resultado de hemoglobina: 1.00
Resultado de HDL: 1
Resultado de LDL: 1
Resultado Colesterol Total: 1.00
Fecha Toma de Microalbuminuria: 24/07/2023
Resultado Microalbuminuria: 1.00
Parcial de orina: 1
Cuadro Hemático: 1
Electrocardiograma: FC: Ritmo: Eje QRS: Notas: Conclusión: EKG normal
Historico de Examenes: -
Clasificación del riesgo cardiovascular: Riesgo no evaluado
Clasificación del riesgo metabólico: Riesgo no evaluado
Factores de riesgo
Edad: 74 Años
Historia Clinica Familiar: NO
Obesidad: NO
Tabaquismo: NO
Sedentarismo: NO
Hiperlipidemia: NO
Lesion de Organo Blanco (LOB)
Creatinina Elevada: NO
Hipertrofia Ventricular Izquierda: NO
Lesion Carotidea: NO
Microalbuminuria: NO

Condicion Clinica Asociado (CCA)
Cerebro
Hemorragia Intracraneal: NO
Isquemia Cerebral Transitorio: NO
Enfermedad Cerebrovascular: NO
Corazón
Angina: NO
Infarto Agudo de Miocardio: NO
Insuficiencia Cardiaca Congestiva: NO
Revascularización: NO
Riñon
Insuficiencia Renal Crónica: NO
Proteinuria: NO
Arterias
Aneurisma de Aorta: NO
Claudicación Intermitente: NO
Enfermedad Arterial Oclusiva: NO
Retinopatia: NO
Ginecobstétricos
Cesarea: 0
ANTECEDENTES FAMILIARES
Cáncer familiar- Cuál: No
Diabetes Mellitus Familiar: NO
Enfermedad Mental Familiar: NO
Epilepsia Familiar: NO
Hipertension arterial familiar: NO
Infarto Agudo del miocardio Familiar: NO
Insuficiencia Renal Crónica Familiar: NO
Actualizar Antecedentes Familiares: No Refiere
HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

Droga: NO
Lugar donde vive (descripción) :: CBA Santa ana
Posesión de Mascotas:: .....
Relaciones Familiares:: Buenas
Stress: NO
Actualizar Historia Personal y Social: Reside en el asilo

EXAMEN FISICO

Estado General: Buenas condiciones generales conciente y orientado en las tres esferas, mucosas hidratadas SO2
Presión Arterial Sistolica: 125
Presión Arterial Diástolica: 83
FCxmin: 88
FRxmin: 15
Temperatura: 36.60
Peso en Kilogramos: 40.00
Talla en centimetros: 140.00
N10000: 10000
IMC..: 20.41
Perimetro Abdominal (cms): 76
Cabeza y Cuello: Normocefalo, sin adenopatías en cuello, no cervicalgia, otoscopia normal, rinoscopia normal, orofaringe normal
Fondo de ojo: Infiltrados: NO Hemorragias: NO Papiledema: NO
Torax: Ruidos cardiacos rítmicos simétricos, sin soplos ni desdoblamientos, murmullo vesicular conservado sin sobreagregados.

Abdomen y Pelvis: Abdomen sin distension, peristaltimos presente normal, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no masas ni megalias.
Genitales: No se evaluan
Dorso y Extremidades: Miembros superiores e inferiores eutróficos ROT +++/+++, no edema, no rubor ni calor en las extremidades, Neurosensorial normal, llenado capilar adecuado.
Neurologico: Normal
Piel, Faneras y Otra Alteración al Examen Físico: Normal

DATOS DE RIPS

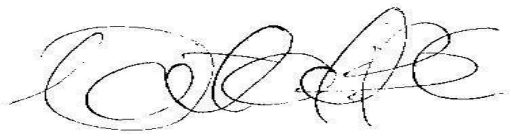
Dx. Principal: R040-EPISTAXIS
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO
Finalidad de la Consulta: NO APLICA
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

CONDUCTA

Manejo del Paciente: paciente femenina coanntecdentes perosnales anotados ocn idganostico de PEISTAXIS en elmomento conc uadro clinico de varios dias de epistaxis abundante consideor relaizar rinoscopia anterior y ademas hemograma de estudio
Educación e Información al Paciente::
Las siguientes son las RECOMENDACIONES GENERALES

Las causas periféricas de vértigo son, en su mayoría, autolimitadas y benignas, aunque los síntomas como náuseas y vómitos suelen persistir por un par de días. Realizar ejercicios cuyo objetivo principal está dirigido a mejorar el trastorno del equilibrio, disminuir el riesgo de caída, eliminar el vértigo y aumentar la funcionalidad global del paciente.
" Reposo en cama, ambiente tranquilo, poca luz y sin ruido.
" No agacharse y no movilizarse mucho.
" limite por un par de días estímulos que le desencadenan mareos y vértigo como montar en vehículos tipo moto o bicicleta
" Tomar abundantes líquidos orales y la medicación ordenada por su médico tratante.
" Realizar los ejercicios de recuperación vestibular que su médico le sugiera.
" PEDIR CITA EN SU EPS O POR CONSULTA EXTERNA DE CONTROL EN 5 DIAS.

Si presenta alguno de los siguientes SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA CONSULTAR POR URGENCIAS.
debe consultar Vómito intenso y no precedido de náuseas (conocido como vómito "en proyectil").
" Si no reconoce familiares o amigos, si habla incoherencias o si presenta parálisis (no puede mover alguna parte del cuerpo) o convulsiones.
" Si las pupilas se encuentran de diferente tamaño o si presenta visión borrosa o doble.
" Si es difícil despertarlo o presenta mucho sueño.
" Si presenta marcha inestable como si estuviera alicorado o si tiene un comportamiento extraño.
" Dolor, ardor o dificultad para MOVILIZARA MUSCULOS DE LA CARA A PESAR de estar realizando el tratamiento ordenado por su médico de manera adecuada.
" Fiebre mayor de 38 grados.
" NAUSEAS INTENSAS más de 7 episodios



DR. NATALI BELLO CIFUENTES
CC 1037586071
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1037586071