VIRREY SOLIS

HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: THAIS ELIETH JIMENEZ PORRAS
Fecha de Nacimiento: 07/14/2022
Edad: 1 Años - **Sexo:** Femenino
Teléfono Residencia: 5454545
Aseguradora: Salud Total EPS
Contrato: 93693139 (Documento: RC 1244258118)
Dirección Residencia: MZ A 1 CA 10 MIMAYUY 212.
Ciudad Residencia: Bogota
Tipo de Vinculación: REGIMEN CONTRIBUTIVO

Consulta del viernes, 18 de agosto de 2023 03:20 PM en VS AVENIDA LIBERTADORES
Nombre del Profesional: Milagro De Jesus Andrade Abello - PEDIATRIA (Registro No. 22808618)
Número de Autorización: 31988-2343443949
Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

Identificación

Datos de la Consulta
Fecha de la Consulta: 08/18/2023 15:20:00 Tipo de Consulta: De Control
Datos Complementarios
Datos del Paciente
Edad: 1
Responsable del Usuario
Nombre: Yuleinis porras
Parentesco: Madre
Teléfono: 3013033842
Acompañante
Nombre: Yuleinis porras
Parentesco Acompañante: Madre
Teléfono: 3013033842

Anamnesis

Anamnesis
Motivo de Consulta: A CONTROL
Enfermedad Actual: PCTE CON DX DE DNT AGUDA SEVERA QUIEN NO HA RECIBIDO MANEJO ADECUADO PARA SU PARTE NUTRICIONAL.
CUMPLIO 1 AÑO 1 MES DEE DAD ACTUALMENTE ASINTOMATICA LA AMDRE DICE QUE COME DIETA FAMILIAR Y NO COMPRENDE PORQUE NO SUBE DE PESO
Escala Dolor: 0 Clasificación Dolor: Sin Dolor
Rango de Edad: Ninguna
Revisión Por Sistemas
Tos Mayor de 15 días: No
Sintomático de Piel: No
Organos de los Sentidos : NO RINORREA
Cardiopulmonar: NODISNEA
Gastrointestinal: NO DIARREA
Genitounnario:
No Refiere
Osteomuscular:
No Refiere
Neurológico:
No Refiere
Endocrino:
No Refiere
Linfoinmunohematopoyético : No Refiere
Vascular Periférico : No Refiere
Piel y Faneras: No Refiere

VIRREY SOLIS

Examen Fisico

PIEL SIN LESIONES
PALIDEZ CUTANEA

Plan de Estudio y Manejo :

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo: PCTE CON DNT SEVERA SE ORDENA PRUEBA DE APETITO PARA INICIAR MANEJO CON FTLC 199 SOBRES PARA 90 DIAS PARA RECUPERACION NUTRICIONAL. SE REALIZA MIPRES MANUAL. PCTE PROVENIENTE DE NUCLEO FAMILIAR CON RIESGO DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA SE ORDENAN ADEMAS INTERVENCION PARA DESPARASITACION . Y SE ORDENAN PARACLINICOS DE EXTENSION

Valoración Nutricional

Analisis curvas P/T: < -3 Desnutrición aguda severa
Analisis curvas P/E: < -2 Desnutrición global
Analisis curvas T/E: < -2 Talla baja para la edad
Clasificación PB: Desnutrición Severa
Analisis curvas IMC/E (< 5 años): <= +1 N/A (Verificar con P/T)
Analisis curvas PC: >= -2 a <=+2 normal
Perimetro Braquial: 11
Finalidad Consulta: NO APLICA
Causa Externa: Enfermedad General ¿Tipifica discapacidad?: No
Reporte RAM a Medicamento: No Rep Probl Asoc a Dispositivo: No
Sospecha de Hipotiroidismo: No
Activar ficha Covid19 : No Generar certificado aislamiento: No

Formulación NO POS en Linea

¿Formulo tecnologia NO POS en linea?: No No. de Prescripción:

DIAGNOSTICO: (E43X) DESNUTRICION PROTEICOCALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA

Tipo de Dx:CONFIRMADO REPETIDO Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS:

1. PRESCRIPCION MEDICAMENTOS
   1. (CMD 10)-FOLICO ACIDO 1 MG TABLETA, No. 30
      Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
   2. (CMD 10)-FOLICO ACIDO 1 MG TABLETA, No. 30 Fecha Entrega: 09/18/2023
      Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
   3. (CMD 10)-FOLICO ACIDO 1 MG TABLETA, No. 30 Fecha Entrega: 10/18/2023
      Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
   4. HIERRO POLIMALTOSADO JARABE 10 MG/ML/120 ML, No. 1
      Posologia: 2 Centimetro(s) cúbico(s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
   5. HIERRO POLIMALTOSADO JARABE 10 MG/ML/120 ML, No. 1 Fecha Entrega: 09/18/2023
      Posologia: 2 Centimetro(s) cúbico(s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
   6. HIERRO POLIMALTOSADO JARABE 10 MG/ML/120 ML, No. 1 Fecha Entrega: 10/18/2023
      Posologia: 2 Centimetro(s) cúbico(s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
2. ORDEN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
   1. Procedimiento: (9038030000) Laboratorio Clinico ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
   2. Procedimiento: (9038950100) Laboratorio Clinico CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
   3. Procedimiento: (9038330000) Laboratorio Clinico FOSFATASA ALCALINA
   4. Procedimiento: (9038410000) Laboratorio Clinico GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
   5. Procedimiento: (9022100000) Laboratorio Clinico HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
   6. Procedimiento: (8902050001) Procedimiento Diagnostico PRUEBA DE APETITO
      Observación: DNT SEVERA
   7. Procedimiento: (9071060000) Laboratorio Clinico UROANALISIS

JIMENEZ PORRAS

REY SOLIS

ro De Jesus Andrade Abello
ATRIA
de Identificación: Cedula de Ciudadania
ero de Identificación:
tro Profesional: 22808618
go Institucional: 3198800159

MIPRES NoPBS - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA

REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC

TRANSCRIPCIÓN

I. MOTIVO IMPOSIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO EN MIPRES

1) Seleccionar la opción que corresponda, y describir la situación.

Dificultades técnicas [X] No hay servicio eléctrico [ ]
No hay conectividad [ ] Inconsistencia afiliación o identificación [ ]

Descripción: No Mipress

Firma profesional de salud: Yuraledrabe

II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS

2) Fecha: Año: 2023 Mes: 08 Día: 18 Hora: 04 02.

3) Razón Social:

4) NIT: 8600035761 5

5) Código Habilitación: 7A0101576102

III. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

6) Tipo Documento Identificación: CC [ ]

7) Número Documento Identificación: 22508618.

8) Nombre Completo: Milagro De Jesús Andrade Abello.

9) Especialidad: pediatra.

10) Registro Profesional: 22508618.

IV. DATOS INICIALES

11) Tipo Documento Identificación: CC [ ] RC [X] TI [ ] CE [ ] PA [ ] NV [ ] CD [ ] SC [ ] PE [ ]

12) Número Documento Identificación: 1214935787

13) Nombre Completo: Thais Eleth. Jimenez Porras.

14) ÁMBITO DE ATENCIÓN

Ambulatorio No Priorizado [ ] Ambulatorio Priorizado [ ] Hospitalario Domiciliario [X] Hospitalario Internación [ ] Urgencias [ ]

15) Paciente con enfermedad huérfana? Si [ ] No [X] 16) Cual?

17) DIAGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD

Diagnóstico Principal: Desnutricion proteicocalorica severa E43x.
Diagnóstico Relacionado 1:
Diagnóstico Relacionado 2:

18) Requiere soporte nutricional? Si [ ] No [ ]

XI. PRODUCTOS NUTRICIONALES

53) Al diligenciar este formulario certifico que:

1. EL PRODUCTO NUTRICIONAL NO SE ENCUENTRA EN FASE EXPERIMENTAL.
2. EL PRODUCTO NUTRICIONAL ESTÁ REGISTRADO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
3. EL PRODUCTO NUTRICIONAL NO ESTÁ CUBIERTO POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.
4. YA UTILICÉ EL PRODUCTO NUTRICIONAL EXISTENTE EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.

Producto nutricional utilizado: Descripción de la Razón

- Lo utilicé y no se obtuvieron resultados clínicos o paraclínicos satisfactorios en el término previsto de sus indicaciones. [ ]
- Lo utilicé y se observaron reacciones adversas o intolerancia por el paciente. [ ]

5. O YA DESCARTÉ EL PRODUCTO NUTRICIONAL EXISTENTE EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.

Descripción de la Razón

- Lo descarté porque no existe otra alternativa en el PBS. [ ]

PRESCRIBA PRODUCTO NUTRICIONAL

Producto nutricional descartado: Descripción de la Razón

- Lo descarté porque se prevén reacciones adversas o intolerancia por el paciente. [ ]
- Lo descarté porque existen indicaciones o contraindicaciones expresas. [ ]
- Lo descarté porque tiene mejor evidencia científica disponible sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica. [ ]

PRESCRIBA PRODUCTO NUTRICIONAL

RECUERDE SI ESTÁ EN AMBITO AMBULATORIO SU PRESCRIPCIÓN SERÁ EVALUADA POR LA JUNTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD

XII. PRESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO NUTRICIONAL

54) Número de Prescripción Asociada

55) Tipo de Prestación: Única [ ] Sucesiva [ ]

56) Tipo de Producto Nutricional

57) Producto Nutricional: FTLC - plumpy nut.

58) Forma: Sobres

59) Vía de Administración: Oral.

60) Justificación No PBS: Pcte con Desnutricion Severa Requiere recuperacion Nutric

61) Dosis		62) Frecuencia de Administración		63) Duración Tratamiento		64) Cantidad Total	
Número	Unidad de Medida	Cada	Unidad de Tiempo	Durante	Periodo	Número	Unidad Farmacéutica
2,2	Sobre	24	Horas.	90	Dias.	199	Sobre.

65) Indicaciones o Recomendaciones para el paciente:

DAR 2,2 Sobres c/ 01D x 90 Dios

66) Fecha profesional de salud: Yuraledrabe

XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS:

77) Fecha Transcripción: Año: Mes: Día: Hora: