



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA
INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO SEGUIMIENTO INDIVIDUAL

Código: FOR-PSS-224

Versión: 2

Fecha: Memo I2022016490 -
13/05/2022

Página: 1 de 1

Nombre del servicio social: <u>Cuidado Transitorio Día - Noche.</u>	
Unidad Operativa: <u>Centro Cuidado Transitorio Villa Kennedy</u>	
Estrategia:	Lote/Zona:
Nombre y apellidos: <u>Tulio Cesar Reyes Gomez.</u>	
C.C.: <u>19254507.</u> Edad: <u>30</u> Teléfono: _____	
Fecha	Atención individual
05-02-2025	En momento de llamar las personas a higiene mayor, el señor se tropieza y cae de su propia altura y ca se valora presenta enrojecimiento en espalda lado izquierdo, auxiliar de enfermería Ayde Lopez cc: 5192061
06-02-2025	persona mayor entrega historia clinica su Dx miopía severa degenerativa, Neurofibromatosis, desprendimiento de retina ojo derecho, actualmente no toma medicamentos, tiene solicitudes de exámenes con especialista en oftalmología, especialista en neurología y urología, especialista en medicina familiar. Karen Nicol Garay Alvarez cc: 1000444678 auxiliar de Enfermería
13/02/2025	Sale persona a exámenes de Laboratorio en compañía del señor Javier pendientes resultados auxiliar de enfermería Ayde Lopez cc: 5192061
<div></div>	
Tipo de	

Nota: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro, so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
SUBREDSO CONSULTA EXTERNA - WEXTIN

DATOS DE FOLIO

N° FOLIO: 5 FECHA DE APERTURA 6/02/2025 9:48:49 a. m. FECHA DE CIERRE FOLIO: 6/02/2025 10:14:48 a. m.
FOLIO:

DATOS DEL PACIENTE

19254507
Nombre Paciente: TULIO CESAR REYES GOMEZ Tipo Doc: Cédula_Ciudadanía Identificación: 19254507 Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento: 20/noviembre/1954 Edad Actual: 70 Años / 2 Meses / 17 Días Estado Civil: Soltero
Dirección: CL 51 SUR 81 16 Teléfono: 2999283
Procedencia: BOGOTÁ Ocupación: 999 - PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Entidad: CAPITAL SALUD Régimen: Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO/CM- CONTRATO No. CS- Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1
AS-001-2023

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 12285978 FECHA DE INGRESO: 6/02/2025 9:46:58 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: Otra CAUSA EXTERNA: Enfermedad_general
RESPONSABLE: TULIO CESAR REYES GOMEZ DIRECCION RESPONSABLE: CL 51 SUR 81 16 RELIGION
CENTRO DE ATENCIÓN: SU44 - CENTRO DE SALUD BOMBEROS ÁREA DE SERVICIO: SU44A10 - C. EXT MEDICINA GENERAL USS 30 BOMBEROS
NOMBRE ACUDIENTE: ACOMPAÑA JAVIER SALAZAR ESTRADA TELEFONO ACUDIENTE: 3164438876 RESPONSABLE: SI
HOGAR PARA 3erA CENTRO VILLA KENEDY
NIVEL EDUCATIVO ETNIA DISCAPACIDAD SI TIPO DISCAPACIDAD 4.SENSORIAL
(Auditiva, Visual, Lenguaje)
EN SU TRABAJO HAY PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD NO APLICA

MOTIVO DE CONSULTA

"ORINO MUCHO Y SE ME SALE LA ORINA"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 70 AÑOS CON ONICIENTENCIA URINARIA DE +/- 1 AÑO DE EVOLUCION. REFEIRE PUJO OCASIONAL Y GOTEOS POST. MICCIONALES. NO HA CONSULTADO POR ESTA CAUSA. NIEGA CONSUMO DE MEDICAMENTOS.
HA TENIDO CONTACTO CON PERSONAS POSITIVAS PARA COVID -19 NO

Ha estado hospitalizado en el ultimo año NO

Observacion:

ANTECEDENTES

Tipo: Médicos Fecha: 27/02/2019
Detalle: MIOPIA SEVERA. NEUROFIBROMATOSIS de von Recklinghausen
Tipo: Quirúrgicos Fecha: 27/02/2019
Detalle: DESPRENDIMIENTO DE RETINA OD.
Tipo: Familiares Fecha: 27/02/2019
Detalle: NIEGA
Tipo: Alérgicos Fecha: 30/09/2019
Detalle: NIEGA
Tipo: Quirúrgicos Fecha: 30/09/2019
Detalle: HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA.
Tipo: Médicos Fecha: 28/10/2021
Detalle: NEUROFIBROMATOSIS MIOPIA
Tipo: Quirúrgicos Fecha: 28/10/2021
Detalle: HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA DESPRENDIMIENTO DE RETINA OJO DERECHO
Tipo: Alérgicos Fecha: 28/10/2021
Detalle: NIEGA
Tipo: Traumáticos Fecha: 28/10/2021
Detalle: NIEGA
Tipo: Familiares Fecha: 28/10/2021
Detalle: NIEGA
Tipo: Médicos Fecha: 06/02/2025
Detalle: NEUROFIBROMATOSIS/ MIOPIA DEGENERATIVA DESPRENDIMIENTO DE RETINA OD
Tipo: Quirúrgicos Fecha: 06/02/2025
Detalle: HERNIORRAFIA INGUINAL IZQUIERDA DESPRENDIMIENTO DE RETINA OJO DERECHO
Tóxicos 27/02/2019 3-5 X DIA.
Fumador Nunca Medida Fumador True Tiempo Fumador 43 Medida Exfumador False Tiempo Exfumador

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
SUBREDSO CONSULTA EXTERNA - WEXTIN

H578 OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL OJO Y SUS ANEXOS

Presuntivo

☐ ☐ ☐

Observación

EXAMENES SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
UROANÁLISIS	1	
ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1	

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS

Nombre	Cantidad	Observacion
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	MIOPIA DEGENERATIVA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	1	PACIENTECNO ONOCNTENCIA
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	1	

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa

Detalle Indicación: SOLCITR CIT CXON LAS ORDENS ENTREGADS

MARTHA SAENZ

Profesional: SAENZ RESTREPO MARTHA STELLA
Cédula: 35512842
Especialidad: MEDICINA GENERAL.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
SUBREDSO CONSULTA EXTERNA - WEXTIN

NEUROLOGICO

ORIENTADO TIEMPO ESPACIO NO FOCALIZA CON NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

OBSERVACIONES

LABORATORIOS Y PARACLINICOS

NO TRAE

ANÁLISIS Y PLAN DE MANEJO

ANÁLISIS

PACIENTE DE 70 AÑOS CON INCIENIECA URIANRIA DE +/- 1 AÑO. NO PERMITE TACTO. SE SPLICTA PSA SE ENVIA UROLOGIA

PACIENTE CON MIOPÍA DE GENRAITIVA SE ENVIA CONTROL OFTALMOLOGIA

IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

RIESGO DE EPOC POR TABQUISMO

ESCALA DE SUICIDIO

CUMPLE CRITERIOS PARA SALUD MENTAL?	NO
HA TENIDO LA IDEA DE ACABAR CON SU VIDA EN EL ULTIMO MES?	NO
VARON	
MENOR DE 19 AÑOS O MAYOR DE 45 AÑOS	
DEPRESIÓN	
INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS	
ABUSO DE ALCOHOL	
TRANSTORNOS COGNITIVOS	
BAJO SOPORTE SOCIAL	
PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO	
PAREJA ESTABLE	
ENFERMEDAD SIMÁTICA	
PUNTUACION	
CLASIFICACION	Sin Riesgo Alta con Seguimiento Ambulatorio

☒ True ☐ False ☐ False ☐ False
PACIENTE FUE ADHERENTE AL PLAN DE CUIDADOS DE LA CONSULTA ANTERIOR NO

PLAN DE MANEJO

VALRACION POR UROLOGIA OFTALMOLOGIA RUTA DE ADULTO

NECESIDADES DE AISLAMIENTO O USUARIO PROTEGIDO, NO

TIPO DE AISLAMIENTO

☐ Se informa al paciente, familiar o cuidador sobre las necesidades de Aislamiento

REQUIERE PROFILAXIS ANTIBIOTICA

NO

CUAL

SE PRESCRIBE MEDICAMENTOS NO PBS (MIPRES) NO NUMERO DE PRESCRIPCION (MIPRES)
RECONCILIACION MEDICAMENTOSA

1. El paciente toma habitualmente medicamnetos en la casa

NO

2. Considera que requiere ajuste o modificación en la prescripción que viene tomando habitualmente de acuerdo a la valoración medica del estado del paciente, resultados de paraclínicos, etc?

PORQUE

3. Registre los medicamentos que requiere el paciente y los cambios considere pertinentes en los medicamentos que el paciente toma habitualmente?

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
HISTORIA CLÍNICA
SUBREDSO CONSULTA EXTERNA - WEXTIN

EL USUARIO REQUIERE SEGUNDA OPINION NO
OBSERVACIONES

IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS

1. CONOCE LOS RIESGOS/COMPLICACIONES SI
DE SU ENFERMEDAD
2. CONOCE LOS ALIMENTOS QUE PUEDE O NO SI
CONSUMIR
3. SABE SI PUEDE O NO REALIZAR ACTIVIDAD SI
FÍSICA
4. CONOCE SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR
A URGENCIAS
5. PRÁCTICA MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA
CONSERVAR SU SALUD
6. SABE CÓMO LLEVAR UNA SEXUALIDAD SI
RESPONSABLE
7. CONSUME LICOR O FUMA
8. CONOCE LOS EFECTOS ADVERSOS DE SUS SI
MEDICAMENTOS

CONDUCTA PROFESIONAL

LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE

CESACION DE TABQUISMO E LAPCITNE MANIFIETA ENTEDENRE ACEPTAR

EDUCACIÓN / RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES: DIETA FRACCIONADA, PORCIONADA, RICA EN FIBRA, BAJA EN CARBOHIDRATOS, GRASAS Y SODIO, COMER A HORAS, POR LO MENOS TRES PORCIONES DE FRUTA AL DÍA Y 2 PORCIONES DE VERDURAS, CONSUMO DE AGUA POTABLE, EVITAR EL CONSUMO DE BEBIDAS NEGRAS. AUMENTAR EL CONSUMO DE PROTEÍNA (CARNE PESCADO)

EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES SI

DERECHOS

2. CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y LOS COSTOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN QUE OBTENDRÉ

DEBERES

2. INFORMAR SI ACEPTO O RECHAZO EL TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO DE SALUD ORDENADO POR EL PROFESIONAL

DEMANDA INDUCIDA		
RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	SI	VEJEZ SALUD ORAL
RUTA MATERNO PERINATAL	NO	
RUTA CARDIO CEREbro VASCULAR Y METABOLICA	NO	
RUTA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	NO	
RUTA CANCER	NO	
RUTA SALUD MENTAL	NO	
RUTA AGRESIONES TRAUMAS Y VIOLENCIAS	NO	
CANALIZACION PIC	NO	

IDENTIFICACION DE RIESGOS CLINICOS

1. RIESGO CLINICO DEL PACIENTE
 2. RIESGO CLINICO DEL PACIENTE
 3. RIESGO CLINICO DEL PACIENTE
- RIESGO CLINICO RELACIONADO CON DESICIONES MEDICAS

DIAGNOSTICOS

Código Nombre
R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA
Observación

Tipo
Presuntivo

Principal Dx Ingreso Dx Egre
☒ ☐ ☐