EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS CALDAS
REMISIÓN DE PACIENTES

INSTITUCIÓN SOLICITANTE

DE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JO **A:** OTRA INSTITUCIÓN
CÓDIGO: 890801035 ESE HOSPITAL SAN JOSE
MUNICIPIO: AGUADAS

FECHA SOLICITUD: 29/08/2024 **ESPECIALIDAD SOLICITANTE:** PROMOCION Y PREVENCION

EVENTO: OTRA

SERVICIO QUE REMITE: AMBULATORIO **MOTIVO DE REMISIÓN:** otro nivel de complejidad

SERVICIO AL QUE REMITE: AMBULATORIO

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nº Historia: TI 1055838048 Paciente ARIAS GRISALES ERIKA HELIBEC
Fecha Nacimiento: 28/08/2016 Edad: 8 año(s) Sexo: FEMENINO
Residencia Habitual: COLOMBIA* CALDAS* AGUADAS
Responsable del Paciente
DORALBA GRISALES BUITRAGO
MADRE
3117942867
Residencia Actual: AGUDAS

AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SALUD SOCIAL
Régimen Contributivo - Beneficiario Administradora: NUEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

SERVICIOS SOLICITADOS

890203 VALORACION POR ODONTOLOGIA

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO: Z001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NI¥O

OBSERVACIONES

VALORACION POR ODONTOLOGIA

PRIORIDAD DE LA REMISION: Prioritaria no Urgente

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

Consulta 29/08/2024 09:12 AM - ANDERSON GALLEGO LEON - PROMOCION Y PREVENCION

Datos Generales
Fecha: 29/08/2024
Hora: 08:38
Historia: 1055838048
Nombre: ERIKA HELIBEC ARIAS GRISALES
Sexo: Femenino
Fecha Nacimiento F: 28/08/2016

REMISIÓN DE PACIENTES

Edad: 8 Años
E.A.P.B.: NUEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Direccion: VEREDA EL POMO
Telefono: 3111942867
Parentesco Responsable F: MADRE

MOTIVO DE CONSULTA.
Motivo de Consulta.: CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR

ANAMNESIS.
Enfermedad Actual:NOMBRE: ERIKA ARIAS GRIZALES
EDAD GESTACIONAL AL NACER: 39
PESO AHORA: 21 KL
TALLA AHORA: 1.17 MT
RH: A+
GRADO: 2 A
ÚLTIMO CONTROL: 14/09/2023

PACIENTE FEMENINO DE 8 AÑOS DE EDAD. RESIDENTE EN VEREDA PORE DE AGUADAS* CALDAS. EN COMPAÑÍA DE MADRE (DORALBA). PACIENTE PRODUCTO DE EMBARAZO NO DESEADO* GESTACIÓN A TÉRMINO A LAS 39 SEMANAS EN VEREDA EL CEDRAL* SIN COMPLICACIONES DURANTE GESTACIÓN* PARTO O PUERPERIO. AL NACIMIENTO CON ADECUADO PESO (NO REFIERE) Y TALLA (NO REFIERE CM)* LA MADRE REFIERE QUE NO HA TENIDO ALTERACIONES EN EL NEURODESARROLLO EN SUS CONSULTAS ANTERIORES.
EN EL MOMENTO SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS* QUIRÚRGICOS O ALÉRGICOS CONOCIDOS. NO HA REQUERIDO HOSPITALIZACIONES RECIENTES. ACOMPAÑANTE NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS (TOS* MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES* DIFICULTAD RESPIRATORIA)* NO SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES (DOLOR ABDOMINAL* DIARREA* NÁUSEAS O VÓMITOS); NO HA PRESENTADO PICOS FEBRILES NI OTROS SÍNTOMAS SISTÉMICOS.
DUERME BIEN POR 10 HORAS* SUEÑO SATISFACTORIO. CEPILLADO DE DIENTES 2 VECES AL DIA. LA MADRE COMENTA BUENAS RELACIONES CON TODOS LOS MIEMBROS DE LA CASA* ACATA ORDENES. RESPETA AUTORIDAD* VACUNAS COMPLETAS SEGÚN PAI* SE VALORA CARNET. REFIERE BUEN RENDIMIENTO ACADÉMICO EN EL COLEGIO* BUENAS RELACIONES CON LOS DOCENTES Y COMPAÑEROS DE AMBOS GÉNEROS.
MADRE REFIERE ÚLTIMA VISITA A ODONTOLOGÍA MÁS DE UN AÑO* ÚLTIMA DESPARASITACIÓN UN AÑO

HITOS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR: SOSTÉN CEFÁLICO 1 MESES* SEDESTACIÓN 6 MESES* BIPEDESTACIÓN CON APOYO 8 MESES* MARCHA 11 MESES.

ANTECEDENTES PERINATALES
Embarazo Deseado:SI
Atención Prenatal:SI
Edad Gestacional al Nacer (Semanas).: 39
Peso al Nacer (Gramos):3*850.00
Talla al Nacer:51
Perimetro cefalico al nacer: 37
Alteraciones del comportamiento: NO
Describir Alteraciones:SIN ALTERACIONES
Consumo de alcohol o SPA:NO

Antecedentes del Parto
Parto Institucional:SI
Producto Unico:NO
Producto Gemelar:NO
Grupo Sanguineo RN: A
RH: POSITIVO
Serologia:NO
T.S.H (RN):NO
Complicaciones al Nacer: NO
Edad de la madre:34
Riesgo Obstetrico:NO

REMISIÓN DE PACIENTES

ANTECEDENTES PERSONALES.
Patológicos.:NO
Quirúrgicos..:NO
Alérgicos.:NO
Traumáticos:NO
Observaciones antecedentes personales:-NEGATIVO

ANTECEDENTES FAMILIARES.
Asma:NO
Diabetes Mellitus.:NO
Hipertensión Arterial:SI
Tuberculosis:NO
Epilepsia:NO
Otros Antecedentes:- Mamá: hernia no especificada* desvio de columna.
ABUELA:HTA.
HERMANA: DM

ALIMENTACION NIÑOS Y NIÑAS
Observación General:-ACTUALMENTE COME DE TODOS LOS GRUPOS ALIMENTARIOS: FRUTAS* VERDURAS* PROTEÍNAS* LÁCTEOS Y DEMÁS. ALIMENTACIÓN FRACCIONADA EN 5 VECES AL DÍA APARENTEMENTE EN ADECUADA CANTIDAD

COMIDAS EJEMPLOS:
DESAYUNO: ARROZ* HUEVOS
MERIENDA: GALLETA
ALMUERZO: ARROZ* SOPA* PROTEINAS
MERIENDA: MIGOTE
COMIDA: ARROZ* SOPA.

Practicas de crianza y cuidado
Observaciones -:MADRE REFIERE ADECUADA HIGIENE EN EL MENOR A DIARIO* REFIEREN ADECUADA LIMPIEZA EN EL HOGAR* REFIEREN ADECUADOS CUIDADOS EN EL MENOR* TOMAN MEDIDAS PARA PARA PREVENIR ACCIDENTES EN EL HOGAR* NO FUMAN EN EL HOGAR* NI HAY CONSUMO DE SPA. RECIBE ACOMPAÑAMIENTO CUANDO PADECE DE ENFERMEDADES* RECIBE ATENCIÓN EN PROCESOS DE APRENDIZAJES Y ESTIMULACIÓN CONTINUA. TIENEN MASCOTAS SIN LAS VACUNAS. EL MENOR SE ENCUENTRA ESCOLARIZADO Y REFIERE ADECUADO RENDIMIENTO ESCOLAR* NO ESTÁ EXPUESTO A CELULAR O TABLET CON SUPERVISIÓN.

Dinamica Familiar
Observaciones -:COMPARTEN TIEMPO EN FAMILIA* HAY APOYO DE PARTE DE TODOS LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA EN LA CRIANZA DEL NIÑO. NO REFIERE ALTERACIONES EN ESTE ASPECTO.
FUNCIONALIDAD NORMAL

Ecomapa
Resultados Ecomapa:MENOR DE EDAD QUE VIVE CON MAMÁ* PAPÁ Y HERMANO* 1 GATO/PERRO DE MASCOTA CON VACUNAS AL DIA* CASA DE MATERIAL DE ADOBE/BAHAREQUE* SON RESIDENTES DEL ÁREA RURAL* CUENTAN CON TODOS LOS SERVICIOS* TIENE 1 HABITACIONES* PISO DE CEMENTO/BALDOSA

Valoracion de Motricidad Fina
Observaciones del desarrollo:-ALCANZA TODOS LOS ITEM PARA LA EDAD

Valoracion de Motricidad Gruesa
Desarrollo esperado para la edad: SI
Valoracion esperada para la Edad:ALCANZA TODOS LOS ITEM PARA LA EDAD

Personal social
Desarrollo esperado para la edad: SI
Valoracion Personal Social:ALCANZA TODOS LOS ITEM PARA LA EDAD

Valoracion Finoadaptativa
Desarrollo esperado para la edad: SI

REMISIÓN DE PACIENTES

Valoracion Finoadaptativa:ALCANZA TODOS LOS ITEM PARA LA EDAD

Valoracion de Audicion y lenguaje
Desarrollo esperado para la edad: SI
Valoracion de audicion y lenguaje:ALCANZA TODOS LOS ITEM PARA LA EDAD

Resultado EAD
Motricidad Gruesa:30
Motricidad Fino Adaptativa:30
Audición Lenguaje:30
Personal Social.:30
Total EAD:120

Cabeza y Cuello
Normal:SI
No evaluado:NO

Tamizaje visual
Normal:SI
No evaluado:NO

EXAMEN DE VISION LEJANA
Ojo Derecho:2
Ojo izquierdo VL: Estenopeico:: 2030
Ojo Izquierdo:2
Ojo derecho VL: Estenopeico:: 2030

EXAMEN DE VISION CERCANA
Ojo Derecho:2
Ojo derecho VC : Estenopeico:: 2030
Ojo Izquierdo:2
Ojo izquierdo VC: Estenopeico:: 2030

Tamizaje visual
Observaciones.:SIN ALTERACIONES

Cardio Pulmonar
Normal:SI
No evaluado:NO

Abdomen.
Normal:SI
No evaluado:NO

Genitourinario
No evaluado:SI

Musculo Esquelético
Normal:SI
No evaluado:NO

Neurologico.
Normal:SI
No evaluado:NO

Piel y Fanereas
Normal:SI
No evaluado:NO

Valoracion salud Sexual
Escala de Tanner:1

REMISIÓN DE PACIENTES

Valoracion de la salud Auditiva y Comunicativa
Resultado de cuestionario VALE:PACIENTE QUE IMPRESIONA ESCUCHAR ADECUADAMENTE LOS SONIDOS* TANTO DE MANERA LEJANA COMO CERCANA* IGUAL QUE OTRAS PERSONAS DE SU EDAD* NO ENCONTRÁNDOSE ALTERACIONES AL EXAMEN FÍSICO. SE APLICA CUESTIONARIO DANDO COMO RESULTADO NORMAL

Valoracion de la saliud Mental
El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?: NO
El niño duerme mal?: NO
Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsione: NO
Sufre el niño de dolores de cabeza?: SI
El niño ha huido de la casa frecuentemente?: NO
Ha robado cosas de la casa?: NO
Se asusta o se pone nervioso sin razón?: NO
Parece como retardado o lento para aprender?: NO
El niño casi nunca juega con otros niños?: NO
El niño se orina o defeca en la ropa?: NO
Cuestionario RQC (de 5 a 15 años):SIN ALTERACIONES

Signos Vitales
FC:91.00
FR:20
Peso (Kg).:21.70
Talla(mt):1.17
I.M.C.:15.85
Perimetro cefalico:50
Perimetro Branquial:20
Temperatura:36.00
Sat O2:96
Describir lo Anormal:SIN ALTERACIONES

Estado de Nutriciòn
Normal...:SI

Desparasitacion
No -:SI

Suplementacion Hierro
No -:SI

Suplementacion Vitamina A
No -:SI

ADHERENCIA AL PROGRAMA
-Si:SI
-No:NO
Causa: .

REMISION
Odontología:SI
Nutrición:NO
Pediatria:NO
Psicologicos y Sociales:NO
Vacunación:NO
Otros:NO REQUIERE

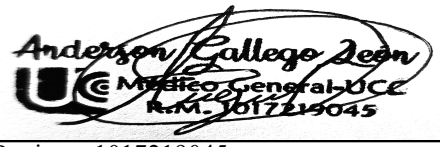
Educación
Desarrollo psicomotor para la edad de su hijo:SI
Formas de estimular el desarrollo psicomotor:SI
Tecnica de Extracción Manual de la leche Materna:SI
Cuidadosm sobre la alimentación:SI
Conservación y almacenamiento leche materna:SI

REMISIÓN DE PACIENTES

Fortalecimiento de Vinculos Afectivos:SI
Cuidados sobre la salud oral del menor:SI
signos de alarma de enfermedades prevalentes ninos:SI
Deberes y Derechos:SI
Importancia y fecha de la proxima vacuna:SI
Riesgos del uso del chupo y el biberon:SI
Se entrego Manual de Usuario:SI

DIAGNOSTICO
Dx. Principal: Z001-CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NI¥O
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO REPETIDO
Causa Externa: OTRA
Finalidad de la Consulta: 04 DETEC DE ALT DE C Y D
Educacion en Salud:SE DA ASESORÍA Y RECOMENDACIONES* A LA MADRE DEL MENOR* SE EXPLICA SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DE LAS ENFERMEDADES AIEPI PARA CONSULTAR POR URGENCIAS (FIEBRE QUE NO CEDE CON EL ACETAMINOFÉN* SI VOMITA TODO LO QUE COME* SI NO COME NADA TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR* ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA* CONVULSIONES U OTRA SINTOMATOLOGÍA QUE PREOCUPE) BRINDAR A LOS NIÑOS SIEMPRE BUENOS TRATOS* SER PACIENTES* CORREGIR CON AMOR* DAR BUEN EJEMPLO Y EVITAR GRITOS* GOLPES* DESCUIDO* ABANDONO O MALAS PALABRAS
Conducta:PACIENTE MENOR DE EDAD QUIEN ACUDE A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN COMPAÑÍA DE LA MADRE* BUENAS CONDICIONES GENERALES* ASINTOMÁTICA* AFEBRIL* HIDRATADO* ACTIVO* REACTIVO* SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA AL EXAMEN FÍSICO* NO SIGNOS DE MALTRATO* PACIENTE CON CRECIMIENTO SEGÚN CURVAS DE CRECIMIENTO ADECUADO PARA LA EDAD* TALLA PARA LA EDAD: -1. IMC PARA LA EDAD: 0* BUEN DESARROLLO PSICOMOTRIZ SEGÚN ESCALA DE NEURODESARROLLO. DEBE CONTINUAR CONTROLES. SE DA EDUCACIÓN PARA LA ADECUADA ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO COMO EL EJERCICIO* ADEMÁS* SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE CONSUMIR ALIMENTOS RICOS EN FIBRA* FRUTAS Y VERDURAS* SE RECUERDA LA IMPORTANCIA DE SEGUIR EN LOS CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. SE LES DA EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE BUCAL Y DE LOS DIENTES* SE EXPLICA SOBRE LOS SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES CONSULTAR: FIEBRE* DIARREAS PERSISTENTES* INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL* ENTRE OTROS. FÓRMULA DESPARASITACION. SE EXPLICAN CONDUCTAS* RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR A URGENCIAS* REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Nombres y Apellidos del Médico Solicitante: ANDERSON GALLEGO LEON
Firma



Registro 1017219045