# HISTORIA CLINICA
## EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS CALDAS
**Nit. 890801035**
**Dir. CRA 3 ENTRE CALLE 16 Y 17 - Tel. 8514340**

Hospital San José De Aguadas E.S.E.

Código Plantilla:3280ADJMG2
Fecha Historia:20/09/2024 11:57
Lugar y Fecha:AGUADAS,CALDAS 20/09/2024 11:57
Documento y Nombre del Paciente: CC 1002642681 YULITZA CARVAJAL ARBELAEZ
Administradora: SALUD TOTAL Convenio: SUBSICAPITA Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 1002642681 Cons. Historia: 1976604
Atención: Ambulatorio

**NOMBRE DE LA PLANTILLA**
**ATENCONES JOVENES 18-28 x MEDICINA GENERAL:**

**NOMBRE DE LA PLANTILLA**
**DATOS GENERALES.**
**Fecha:** 20/09/2024
**Hora:** 11:39
**Nombre:** YULITZA CARVAJAL ARBELAEZ
**Tipo Documento F:** CC
**Historia:** 1002642681
**Sexo:** Femenino
**Fecha Nacimiento F:** 01/09/2002
**Edad:** 22 Años
**Estado Civil:** Soltero
**Ocupacion:** PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
**E.A.P.B.:** SALUD TOTAL
**Convenio:** SUBSICAPITA
**Direccion:** VEREDA PORE
**Telefono:** 3113223542
**Zona:** RURAL
**Nombre Responsable F:** SANDRA MILENA ARBELAEZ NARVAEZ
**Parentesco Responsable F:** MADRE
**Telefono Responsable F:** 3136972096
**MOTIVO DE CONSULTA.**
**Motivo de Consulta:** CONTROL
**ENFERMEDAD ACTUAL.**
**Enfermedad Actual:** YULITZA CARVAJAL , 22 AÑOS DE EDAD. RESIDE EN VEREDA PORE AGUADAS, CALDAS. PACIENTE CON ANTECEDENTES PATOLÓGICO RINITIS ALÉRGICA, ASMA NIEGA ALÉRGICOS CONOCIDOS. NIEGA ANTECEDENTES FAMILIARES. PACIENTE CON BUEN HÁBITO DE ALIMENTACIÓN 4 COMIDAS AL DÍA, NO REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA ADECUADA. REGULAR ACTIVIDAD ECONÓMICA Y/O LABORAL. TIENE 1 HIJOS. NO REFIERE VIOLENCIA. ORIENTACIÓN SEXUAL HETEROSEXUAL, # 2 PAREJAS SEXUALES, CUIDADOS CONTRA ITS COMENTA CONDON.. COMENTA REALIZACIÓN TAMIZAJE DE CITOLOGÍA HACE 6 MESES REPORTA RESULTADO NORMAL. ASISTE A ATENCION DE JUVENTUD DESDE PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION, EN EL MOMENTO ESTABLE Y ASINTOMÁTICA NIEGA FIEBRE, DOLOR TORÁCICO, DISNEA, PALPITACIONES, SÍNTOMAS URINARIOS O SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES. REFIERE RELACIONES INTERPERSONALES BUENAS, ADECUADA RELACIÓN CON FAMILIA Y AMIGOS. NIEGA SÍNTOMAS COMO TRISTEZA O LLANTO FRECUENTE, ANHEDONIA, INSOMNIO, IDEACIÓN SUICIDA O COGNICIONES DEPRESIVAS. REFIERE QUE SE SIENTE BIEN CON SU CUERPO., SE CEPILLA LOS DIENTES 4 VECES AL DÍA, HIGIENE CORPORAL DIARIA, SUEÑO ADECUADO Y SATISFACTORIO, USA EL TELEVISOR 3 HORA AL DIA. PACIENTE REFIERE QUE SE DEDICA A AMA DE CASA Y TRABAJA ACTUALMENTE EN CASA REFIERE QUE SE SIENTE BIEN CON SU TRABAJO.
**ANTECEDENTES PERSONALES.**
**Antecedentes Perinatales:** NO SABE
**Antecedentes del Crecimiento:** NO SABE
**Antecedentes del Desarrollo:** NO SABE
**Vacunación Completa:** SI
**Enfermedades Crónicas:** NO
**Enfermedades Infecto-Contagiosas:** NO
**Accidentes - Intoxicaciones:** NO
**Cirugia - Hospitalización:** NO
**Uso de Medicamentos ó Sustancias:** SI
**Trastornos Psicológicos:** NO
**Maltrato:** NO
**Antecedentes Judiciales:** NO
**Otros:** .
**ANTECEDENTES FAMILIARES.**
**Diabetes Mellitus.:** NO
**Obesidad:** NO
**Enfermedad Cardiovascular (HTA, Cardiopatia, etc.):** SI
**Alérgicos.:** NO
**Infecciones (TBC, VIH, etc.):** NO
**Trastornos Psicológicos.:** NO
**Alcohol, Drogas de abuso:** NO
**Violencia Intrafamiliar:** NO
**Madre Adolescente:** NO
**Antecedentes Judiciales.:** NO
**Observaciones Apgar Familiar:** -
**FAMILIA**
**Convive Con:** PAREJA E HIJA
**Madre:** NO
**Padre:** NO
**Madrastra:** NO
**Padrastro:** NO
**Hermanos:** NO
**Pareja:** EN EL CUARTO
**Hijos:** EN LA CASA
**Otros.:** NO
**Observaciones -:** .
**Percepción de Relaciones Familiares por el Adolescente**
**Percepción de Relaciones Familiares por el Adolescente:** Buena
**Observaciones:** .
**EDUCACIÓN.**
**Observaciones -:** .
**Estudia**
**Estudia:** No -
**Nivel**
**Nivel:** Secundaria..
**Grado-Curso**

**Años aprobados.:** 11

**Problemas en la Escuela**

**Problemas en la Escuela:** No -

**Años Repetidos**

**Años repetidos:** 9 **Causa:** DESERCION

**Deserción Escolar**

**Deserción Escolar:** Si - **Causa:** PROBLEMAS PERSONALES

**Educación No Formal**

**Educación No Formal:** No -

**TRABAJO**

**Observaciones -:** .

**Actividad**

**Actividad:** No Trabaja

**Horario de Trabajo**

**Horario de Trabajo:** No Aplica.

**Razón de Trabajo**

**Económica:** NO **Autonomía:** NO

**Me Gusta:** NO **Otra:** NO

**No Aplica:** SI

**VIDA SOCIAL**

**Observaciones.:**

.IMPLANTE SUBDERMICO IMPLANON. FECHA DE INSERCION 26/07/2023. REFIERE SATISFACCION CON EL METODO. SE BRINDA EDUCACION SOBRE AUTOEXAMEN DE SENO Y EL USO DEL PRESERVATIVO PARA PREVENIR ITS. SE RECUERDA LA TOMA DE LA CITOLOGIA VAGINAL.

**Aceptación**

**Aceptación:** Aceptado

**Pareja**

**Pareja:** Si -

**Amigos**

**Amigos:** Si -

**Pareja Sexual**

**Pareja Sexual:** Si -

**Actividades que realiza**

**Computador:** NO **Televisión:** SI

**Deporte:** NO

**Tiempo en horas/dia dedicado a:**

**Televisión::** 3

**Otras Actividades**

**HÁBITOS**

**Observaciones -:** .

**Sueño Normal**

**Sueño Normal:** Si - **Horas de Sueño:** 8

**Alimentación Adecuada**

**Alimentación Adecuada:** Si - **Comidas por dia:** 4

**Comidas por Dia con Familia:** 2

**Tabaco**

**Tabaco:** No -

**Consumo de Licor**

**Consumo de Licor:** No -

**Consumo de sustancias psicoactivas**

**Consumo de sustancias psicoactivas:** No -

**Conduce Vehículo**

**Conduce Vehículo:** No -

**SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL**

**Observaciones -:** .

**Imágen Corporal**

**Imágen Corporal:** Conforme

**Auto-percepción**

**Auto-percepción:** Alegre

**Referente Adulto**

**Referente Adulto:** Madre.

**Proyecto de Vida**

**Proyecto de Vida:** Claro

**DESARROLLO PUBERAL**

**Mujer.:** **Hombre.:**

**DESARROLLO PUBERAL**

**Edad de aparición Caracteres Sexuales**

**Pubarquia:** 15 **Telarquia:** 15

**Menarquia.:** 15 **Vello Axilar:** 15

**Fecha de Última Menstruación**

**FUM,:** 05/08/2024

**Ciclo Menstrual**

**Duración en días:** 7 **Regulares?:** NO

**Síntomas**

**Dismenorrea:** NO **Mastodinia:** NO

**Citología**

**Fecha Última Citología:** 02/03/2024 **Resultado:** NORMAL

**Edad de Aparición de Caracteres Sexuales**

**SEXUALIDAD**

**Observaciones -:** .

**Masturbación**

**Masturbación:** NO **Años de inicio:** 0

**Frecuencia:** 0

**Pareja:**

**Pareja::** Varias Parejas **Número de Parejas Sexuales:** 2

**Edad de Pareja Sexual:** 22

**Relaciones Sexuales**

**Edad 1ª Relación Sexual:** 15 **Problemas en Relaciones Sexuales:** NO

**Tipo de Experiencia Sexual:** VAGINAL **Frecuencia Coital:** semanal

**VIOLENCIA SEXUAL**

**Violencia Sexual:**

**Violencia Sexual::** No -

**Datos del Agresor**

**Tratamiento:**

**Tratamiento::** --No,,

**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

**Embarazo con uso de anticonceptivos?:** SI **Edad de Inicio de Uso de Métodos:** 17

**Conoce los Métodos Anticonceptivos:** SI **Actualmente usa Anticonceptivos?:** SI

**Ha Usado algún método antes:** SIEMPRE **Quién le ha recomendado los métodos:** MEDICO

**Tiene temor al uso de anticonceptivos:** NO **Razón de No Uso en Adolescentes con Vida Sexual:** .

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS**

**Gestaciones:** 2 **Abortos.:** 1

**Partos:** 1 **Vaginales:** 1

**Cesareas:** 0 **Nacidos Vivos.:** 1

**Nacidos Muertos,:** 0 **Hospitalizaciones:** NO

**Infecciones:** NO **Lactancia Actual:** NO

**Lactancia Pasada:** NO **Patología en Embarazo:** NO

**¿Cuál?:** IMPLANTE SUBDERMICO IMPLANON. FECHA DE INSERCION 26/07/2023.

**Peso Hijo Previo <2500 g:** NO **Peso de hijo previo >4500.:** NO

**Edad Primer Parto:** 18 **Edad Primer Embarazo:** 20

**Peso (gr) 1er R.N:** 0 **Peso (gr) 2do R.N:** 0

**Peso (gr) 3er R.N:** 0 **Peso (gr) 4to R.N:** 0

**ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL**

**¿Conoce Alguna?:** SI **¿Ha Tenido Alguna?:** NO

**¿Tiene Alguna?:** NO **¿Tratamiento?:** NO

**Pareja Actual ¿Ha Tenido Alguna?:** NO **Pareja Actual ¿Tiene Alguna?:** NO

**Pareja Actual ¿Tratamiento?:** NO **¿Cuàles?.:** .

**GENITOURINARIO:**

**Flujo Vaginal/Secreciòn Uretral**

**Antes:** NO **Actual:** NO

**Caracterìrticas del Flujo:** . **Duración (días):** 0

**Molestias:** NO **Tratamiento:** .- SEGUIMIENTO

**EXÁMEN FÍSICO**

**IMC PARA ELLAS:** Ver anexo de imagenes, Figura 1 **TALLA PARA ELLAS:** Ver anexo de imagenes, Figura 3

**IMC PARA ELLOS:** Ver anexo de imagenes, Figura 2 **TALLA PARA ELLOS:** Ver anexo de imagenes, Figura 4

**EXÁMEN FÍSICO**

**Aspecto General**

**Aspecto General:** Normal...

**Signos Vitales y Datos Corporales**

**FC:** 110.00 **FR(min).:** 20

**PA:** 10070 **Peso (Kg).:** 64.00

**Talla(cm):** 1.62 **I.M.C.:** 24.00

**Exámen Fisico por Sistemas**

**Abdomen:** BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA, NO SE PALPAN MASAS O MEGALIAS, PERISTALTISMO PRESENTE DE ADECUADA INTENSIDAD, SIN EVIDENCIA DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
GENITOURINARIO: NO SE EXPLORA

**Agudeza Auditiva:** NORMAL

**Boca y Dientes:** NORMAL

**Cabeza:** NORMOCÉFALO, ESCLERAS ANICTÉRICAS, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS. MUCOSA ORAL HIDRATADA. OROFARINGE SANA SIN LESIONES, ADECUADA HIGIENE BUCAL, OTOSCOPIA CON CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BILATERAL PERMEABLE NORMAL SIN LESIONES, APARENTEMENTE AGUDEZA AUDITIVA ADECUADA, MEMBRANA TIMPÁNICA ÍNTEGRA SIN SIGNOS DE INFLAMACIÓN Y/O INFECCIÓN.

**Cardio-pulmonar:** NORMAL

**Columna.:** NORMAL **Cuello y Tiroides:** NORMAL

**Extremidades:** SIMÉTRICAS BIEN PERFUNDIDAS, CON ADECUADO TROFISMO MUSCULAR, SIN EDEMAS, CADERA CON BUENA MOVILIDAD, PIEL SIN LESIONES, ADECUADO PATRÓN DE MARCHA.

**Neurológico:** NORMAL
**Piel y Faneras:** NORMAL **Tórax y Mamas:** NORMAL
**Observaciones -:** CONSCIENTE, REACTIVO A ESTÍMULOS Y AL MEDIO, NO IMPRESIONA DÉFICIT SENSITIVO Y/O MOTOR APARENTE.

**TOMA DE AGUDEZA VISUAL**
**Observaciones -:** SE REALIZA VALORACIÓN DEL COMPONENTE VISUAL, NO SE ENCUENTRAN SECRECIONES ANORMALES, NO CAMBIOS EN LA CONJUNTIVA, ESCLERA, IRIS NI PÁRPADOS. SE ENCUENTRAN PUPILAS IGUALES, NORMORREACTIVAS A LA LUZ, ROJO RETINIANO PRESENTE, NO SE CONSIGUE VISUALIZAR FONDO DE OJO POR CONDICIONES DEL CONSULTORIO Y POCA COLABORACIÓN DEL PACIENTE. SE EVIDENCIAN MOVIMIENTOS OCULARES PRESENTES EN TODOS LOS CAMPOS

**EXAMEN DE VISION CERCANA**
**Ojo Derecho:** 2020 **Ojo derecho VC : Estenopeico::** 2020
**Ojo Izquierdo:** 2020 **Ojo izquierdo VC: Estenopeico::** 2020

**EXAMEN DE VISION LEJANA**
**Ojo Derecho:** 2020 **Ojo derecho VL: Estenopeico::** 2020
**Ojo Izquierdo:** 2020 **Ojo izquierdo VL: Estenopeico::** 2020

**Exámen Ginecológico**
**Tanner Mamas:** 5 **Tanner Vello.:** 5
**Autoexamen de Seno:** NO **Genitales Externos:** NORMAL
**Genitales Internos:** NORMAL **Examen Mamario:** NORMAL
**Observaciones -:** 0

**Examen Genital Masculino**
**EXAMENES COMPLEMENTARIOS**
**Listar e Indicar los Examenes Requeridos:** -
**IMPRESION DIAGNOSTICA**
**Dx. Principal:** Z136-EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS CARDIOVASCULARES
**Tipo de Diagnostico Principal:** CONFIRMADO NUEVO **Finalidad de la Consulta:** 05 DETEC DE ALTERAC DEL DESAR JOVEN
**Causa Externa:** OTRA
**REMITIDO A**
**Psicología:** NO **Consulta Médica General:** NO

**EVENTO ADVERSO**
**Se presentó algún evento adverso durante la presente atención**
**Se presentó algún evento adverso durante la presente atención:** No - **Cuál ?:** -
**Eventos Adversos Promoción y Prevención:** 6. OTRO




DR. ANDERSON GALLEGO LEON
CC 1017219045
Especialidad. PROMOCION Y PREVENCION
Registro. 1017219045