



MEDICAL EVENTOS COLOMBIA S.A.S

NIT: 901060798-3

## HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN MEDICA EN EVENTOS MASIVOS

| DATOS DEL EVENTO MASIVO |                             |                | DATOS PERSONALES DEL PACIENTE |                  |         |      |            |
|-------------------------|-----------------------------|----------------|-------------------------------|------------------|---------|------|------------|
| EVENTO                  | Descompensación en la noche |                | NOMBRES                       | Zahira Constanza |         |      |            |
| LUGAR                   | Sala Fanny Mikoy            |                | APELLIDOS                     | Peña Penna       |         |      |            |
| FECHA                   | 30-11-25                    | IDENTIFICACION | 1076505233                    | EDAD             | 18      | SEXO | F          |
| HORA                    |                             | DIRECCION      |                               | EPS              | Sanitas | CEL  | 3104663554 |

MOTIVO DE CONSULTA

## ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

|                |            |                 |                            |
|----------------|------------|-----------------|----------------------------|
| QUIRURGICOS    | Niega      | HABITOS TOXICOS | Niega                      |
| TRAUMATICOS    | Niega      | PATOLOGICOS     | Niega                      |
| ALERGICOS      | Penicilina | OCUPACIONALES   | Niega                      |
| FARMACOLOGICOS | Penicilina | GINECOLOGICO    | Go 0 Po 0 Ao 0 FUR 15-10-2 |

## EXAMEN FISICO

| SIGNOS VITALES    | OBSERVACIONES | DESCRIPCION     | OBSERVACIONES |
|-------------------|---------------|-----------------|---------------|
| T/ ARTERIAL       | 120/80        | CABEZA Y CUELLO |               |
| FREC. CARDIACA    | 97            | ABDOMEN         |               |
| FRE. RESPIRATORIA | 20            | EXTREMIDADES    |               |
| TEMPERATURA       | 36.4          | OSTEOMUSCULAR   |               |
| SATURACION O2     | 91            | NEUROLOGICO     |               |
| GLUCOMETRIA       |               | CARDIOVASCULAR  |               |

|                     |                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIAGNOSTICOS        | Lipolimia.                                                                                                                                                                                         |
| EVOLUCION MEDICA    | Paciente femenina, de 18 años que presenta episodios de descompensación durante el evento. Es valorada en el área de enfermería, se indica reposo, control de signos vitales y vigilancia clínica. |
| NOTAS DE ENFERMERIA | Se brinda atención inicial, reposo, control y monitoreo de signos. Paciente presenta buena clínica, permanece consciente y orientada. Se dan recomendaciones y signos de alarma.                   |

## REMISION

|                                    |           |    |   |                   |                |     |  |     |  |
|------------------------------------|-----------|----|---|-------------------|----------------|-----|--|-----|--|
| ¿TRASLADO EN AMBULANCIA?           | SI        | NO | X | HORA DEL TRASLADO |                | TAB |  | TAM |  |
| EMPRESA DE AMBULANCIA              | No aplica |    |   |                   | MOVIL          |     |  |     |  |
| HOSPITAL DE DESTINO                | No aplica |    |   |                   |                |     |  |     |  |
| MOTIVO DE REMISION                 |           |    |   |                   |                |     |  |     |  |
| NOTA DE ENFERMERIA DE REMISION     |           |    |   |                   |                |     |  |     |  |
| FIRMA DEL PERSONA DE LA AMBULANCIA |           |    |   |                   | HORA DE SALIDA |     |  |     |  |



# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (Nosotros) \_\_\_\_\_ con número(s) de identificación(es) C.C. ( )  
C.E. ( ) Pasaporte ( ) \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_, obrando en nombre propio \_\_\_\_\_, o en  
calidad de padre \_\_\_\_\_, madre \_\_\_\_\_, tutor \_\_\_\_\_, cónyuge \_\_\_\_\_, Otra (indicarla) \_\_\_\_\_ del paciente  
\_\_\_\_\_; en pleno uso de mis (nuestras) facultades mentales, otorgo (amos) en  
forma libre mi (nuestro) consentimiento y autorizo(amos) desde ahora a la empresa MEDICAL EVENTOS COLOMBIA S.A.S  
identificada con Nit 901060798-3 para que por medio del médico(s) y auxiliar(es) de enfermería en ejercicio legal de sus  
profesiones, se practique, el procedimiento \_\_\_\_\_, que consistirá en \_\_\_\_\_:  
de tratamiento existentes y los riesgos previstos, si no se realiza ningún tratamiento.

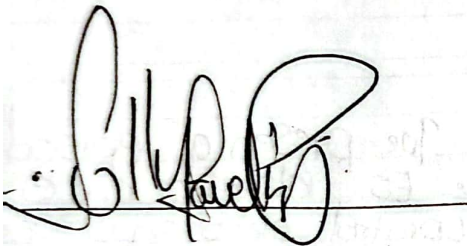
Certifico (amos) que he (mos) leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido  
completados antes de mi firma y que cuento con la capacidad de expresar la libre voluntad.  
**He recibido claras instrucciones en el sentido que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser  
revocado o dejado sin efecto por mi decisión formal, previa al inicio del tratamiento.**

Fecha \_\_\_\_\_

Firma y cédula del paciente o persona responsable \_\_\_\_\_

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta terapia y he contestado todas  
las preguntas. Considero que el (la) paciente/pariente/tutor/cónyuge, comprenden completamente lo que he explicado

Firma de profesional de la salud: \_\_\_\_\_



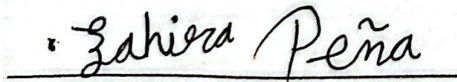
FIRMA MEDICO

T.P: 52973388



AUXILIAR DE ENFERMERIA

cc: 40189763



FIRMA PACIENTE

cc: 4076505233

FIRMA ACUDIENTE O RESPONSABLE

CC: