

FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS, INSUMOS Y/O SUMINISTROS

PROYECTO: Discapacidad.

FECHA: Diciembre 5 de 2025

DEPENDENCIA: Salud pública y Red de Salud del Centro ESE.

Nombre	Otoniel Gutierrez Paz.
No. De identificación	1107518976
Numero de contacto 1	3184361522
Número de contacto 2	
Dirección de residencia	Calle 7 # 12-104.
Barrio	San Bosco.
Comuna	13.

DETALLE DE LA ENTREGA:

No.	INSUMO	CANTIDAD	UNIDAD
1	Suplemento	1	Tarro x 800Grs
2	Crema humectante piel	2	1 litro
3	Pañitos húmedos	2	Paquete x 100u
4	Pañales para persona reducida	4	Paquete por 21u NO APLICA
5	Toalla	1	Unidad
6	Guantes	2	Caja x 100 pares
7	Empaque del kit	1	Bolsa

DATOS DE QUIEN RECIBE:

Nombre Nubia Paz No. De identificación 34316560

Rol mamá

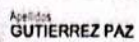
Firma Nubia Paz

RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

Sede Administrativa - IPS Diego Lallende - Cra. 12E # 50-18 B/ Villacolombia, Distrito Especial de Santiago de Cali - Valle- PBX: (+57 602) 3120930
E-mail: atencionalusuario@saludcentro.gov.co - evaluacionymejora@saludcentro.gov.co - gerencia@saludcentro.gov.co

RESEARCH

NUIP 1.107.518.976



Nombres
OTONIEL

Nacionalidad	Estatura
COL	1.60

Fecha de nacimiento G.S.
29 MAYO 1998 O-

Lugar de nacimiento
POPAYAN (CAUCA)

Fecha y lugar de expedición
27 JUL 2016, CALI

Fatma

Ofoniel Gutierrez

Fecha de expiración
22 ENE 2035

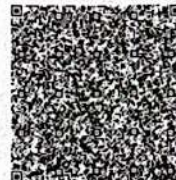


.CO

072454356



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Graña



ICCOL072454356231001<<<<<<<<<
9805297M3501221COL1107518976<0
GUTIERREZ<PAZ<<OTONIEL<<<<<<<<<

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 34.316.560

PAZ GUTIERREZ
APELLIDOS

NUBIA
NOMBRES

NUBIA PAZ GUTIERREZ
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-OCT-1980

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-MAR-2000 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS CAMINO VACA



R-1100100-36154884-F-0034316580-20070425 0009907115H 02 211299163

HISTORIA CLINICA

Egreso Seguro Paciente Hospitalizado

DATOS GENERALES

Paciente: OTONIEL GUTIERREZ PAZ			Doc. Identificación: CC 1107518976		
Fecha Nacimiento: 29.05.1998	Edad: 27 Años 05 Meses 15 días	Sexo: M	No. Episodio: 13857184		
Aseguradora: EMSSANAR EPS S.A.S. RS			Nº. Historia Clínica: 91580		
Médico Tratante: ANGIE DANIELA BARRANCO RUIZ MEDICINA GENERAL					
Datos de egreso y contacto					
Clase de alta: Ttmto, HomeCare		Fecha de alta: 13-nov-25		Hora de alta: 15:36:39	
UO de alta: UE Limon		Servicio: UM Limon			
Diagnóstico de alta: TRAQUEITIS AGUDA					
Nombre familiar: NUBIA PAZ		Teléfono familiar:		Correo electrónico: otonielgutierrezopaz1998@gmail.	

EGRESO SEGURO

Fecha de registro: 13-nov-25		Hora de registro: 18:04:35	
Datos de atención			
Diagnóstico			
Cod. Diag.: J041	Descripción: TRAQUEITIS AGUDA		
Cod. Diag.: J80X	Descripción: SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DELA		
Cod. Diag.: J159	Descripción: NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA		
Motivo de Hospitalización:			

Paciente con antecedente de distrofia muscular, usuario de traqueostomía y oxígeno domiciliario a necesidad. Hospitalización en dos ocasiones en traqueitis. Último cambio de traqueostomía fenestrada con balón # 8 en marzo de 2025, hospitalizado en relación a neumonía adquirida en comunidad. Stenotrophomonas Maltophilia y Pseudomonas Aeruginosa en tratamiento antibiótico dual guado por infectología. Durante su estancia en la unidad se documenta disfunción de balón de traqueostomía con necesidad de cambio de cánula de traqueostomía (27.10.2025) sin complicaciones. Por otro lado, se documenta trombosis venosa del miembro inferior derecho (se descartó embolia pulmonar), ahora en manejo con terapia anticoagulante con enoxaparina niveles anti Xa rango terapéutico 0.88. En seguimiento por neumología quienes consideraron que dado dificultad expansión pulmonar y ventilación por patología de base se considero BPAP como proceso de consecución se solicita a su EPS para Home Care, estaba pendiente llegada de aspirador el cual se recibe hoy. En el momento en aceptables condiciones generales, sin requerimiento de oxígeno suplementario, sin embargo con hipercapnia importante en la noche con necesidad de soporte ventilatorio mecánico invasivo, ya cuenta con todo lo necesario para el ajuste de la ventilación nocturna por lo que se indica salida con hospitalización domiciliaria y seguimiento ambulatorio por cardiología y genética, se da orden de citas de control prioritario para continuar manejo integral. Se explica conducta y comprende.

PLAN

* Egreso Médico Para Manejo Ambulatorio

* Fórmula médica por 30 días

- SE ENTREGAN DISPENSAN MEDICAMENTOS POR 5 DÍAS PARA GARANTIZAR APLICACIÓN DE ANTICOAGULACIÓN MIENTRAS SE ENTREGAN MEDICAMENTOS POR SU ENTIDAD

* Dalteparina dosis de 7500 UI al día

- CITA DE CONTROL POR CLÍNICA DE ANTICOAGULACIÓN EN 15 DÍAS

- CITA DE CONTROL POR GENÉTICA EN UN MES

- CITA DE CONTROL POR NEUROLOGÍA EN UN MES

* Incapacidad Médica Por 30 Días

- SE INDICAN ÓRDENES DE SEGUIMIENTO PRIORITARIAS

Homecare así:

1. Traslado en ambulancia medicalizada hasta domicilio

2. Visita médica domiciliaria 7 días posterior a egreso de Fundación Valle del Lili y posteriormente 1 vez por semana por 30 días

3. Cuidados por auxiliar de enfermería 12 horas al día por 7 días a la semana por 30 días.

4. Terapia física domiciliaria 3 veces por semana por 30 días

5. Terapia ocupacional domiciliaria 3 veces por semana por 30 días

6. Terapia respiratoria domiciliaria 2 veces al día por 30 días

7. BPAP Modo presión control 14, PEEP 6, FIO2 30%, fr 14 rpm durante la noche.

8. Concentrador de alto flujo permanente

9. Bala de transporte de oxígeno

10. Bala de reserva de oxígeno

11. Pulsioxímetro

12. Insumos de traqueostomía para 30 días

Gasas #120

Sonda nasogástrica número 12 #60

Solución salina al 0.9% en bolsa de 100cc #15 bolsas

Jeringa con aguja de 10cc #30 jeringas

Caja 100 guantes limpios talla M #2 cajas

Aspirador de secreciones

13. Curaciones por enfermería de úlcera sacra, 3 veces por semana por 30 días.

14. Insumos para curación úlcera sacra por 30 días Gasas #30 Oxido de zinc 25% tarro de 500 gramos #1

Dra Daniela Barranco - Hospitalaria UCI

Dra. Maria del Pilar Oliveros - Internista/Intensivista

Manejo dado para esta condición

Quirúrgico:	Cod. Prestación:	Descripción:			
Médico: X	Antibióticos:	Otros Medicamentos:	Cuidados Paliativos:	Terapias Metabólicas:	
	Soporte Nutricional:	Estudios Diagnósticos:			
Oncológico:	Quimioterapia:	Radioterapia:		Inmunoterapia:	
Fecha próximo ciclo de quimioterapia:		Fecha próximo ciclo de radioterapia:			

Valoración de paraclínicos al egreso

Laboratorio: Hemoglobina	Fecha: 06-nov-25	Resultado: 11.50
Laboratorio: Hematocrito	Fecha: 06-nov-25	Resultado: 37.60
Laboratorio: Neutrófilos	Fecha: 06-nov-25	Resultado: 40.50
Laboratorio: Potasio	Fecha: 06-nov-25	Resultado: 5.07
Laboratorio: BUN	Fecha: 02-nov-25	Resultado: 11.80
Laboratorio: Hemoglobina	Fecha: 06-nov-25	Resultado: 11.50

Otras pruebas diagnosticas

Laboratorio:	Fecha:	Resultado:
--------------	--------	------------

Educación y entrenamiento

Cateterismo vesical intermitente:	Cuidados de sonda vesical:	Educación Oncológica de inicio:
Cuidados y manejo de las sondas de alimenta.:	Cuidados con traqueostomía:	X Educacion Oncológica de seguimiento:
Rehabilitación integral:	X Cuida. con paci. postrado (baño, confort, piel):	Educación Oncológica al egreso:

Medicamentos:	Educación manejo medicamentos Filgrastim:	Educación de medicamentos Oncológicos:
Órdenes:	Educación por clínica de anticoagulación:	Educa. de dispositivo de admón. perfilgrastim:
Específicos según patología:	Educación para paciente diabético:	
Pacientes con ostomías:	Talleres:	¿Cuál?:
Paciente y/o cuidador manifiesta que la educación fue clara y útil?:	SI	¿Paciente y/o cuidador conoce su diagnóstico y tratamiento?: SI
Fueron resueltas las dudas presentes en el paciente y/o cuidador?:	SI	¿Confirma que entendió las recomendaciones dadas por la FVL: SI

Cambios en estilo de vida o recomendaciones:

Seguimiento de controles y laboratorios

Tipo: Control con especialidad	Detalle: CLÍNICA DE ANTICOAGULACIÓN	Tiempo del control: EN 15 DIAS
Tipo: Toma de examen	Detalle: NEUROLOGÍA	Tiempo del control:
Tipo:	Detalle: NEUROLOGÍA	Tiempo del control: EN UN MES
Tipo:	Detalle: GENÉTICA	Tiempo del control: EN UN MES

Signos de alarma:

Consulte inmediatamente a urgencias si presenta alguno de los siguientes síntomas:

- Fiebre (temperatura mayor a 38,3 °C, que no mejore con acetaminofén, o persistencia de fiebre por más de 3 días.
- Fatiga o cansancio
- Sensación de ahogo o que le falte el aire
- Sibilancias (silbido al momento de respirar)
- Dolor en el pecho severo
- Desmayos
- Dolor abdominal severo o en aumento
- Dolor en la boca del estómago
- Que vomite todo lo que come
- Vómito con sangre
- Inapetencia
- Edema o hinchazón abdominal
- Imposibilidad para tragar alimentos líquidos
- Ausencia de gases
- Que no orine por más de 12 horas
- Deposiciones diarreicas más de 10 veces al día
- Deposiciones negras o con sangre
- Dolor de cabeza severo
- Alteración de la fuerza o la sensibilidad de un lado del cuerpo, que hable enredado, asimetría facial
- Que esté muy dormido o que no responda al llamado
- Convulsiones
- Alteración aguda del comportamiento
- Cambio de coloración amarilla en la piel y en las escleras
- Ausencia de deposiciones por más de 5 días
- Sangrados
- Erupciones en la piel
- En caso de tener heridas quirúrgicas consulte por urgencias si presenta supuración, cambios en el color de la herida, dolor severo, olor fétido.

RM	1192773878	Responsable: BARRANCO RUIZ, ANGIE DANIELA
C.C#	1192773878	Especialidad: MEDICINA GENERAL

CONTINUACIÓN EGRESO SEGURO

Fecha de Registro: 13-nov-25	Hora de Registro: 18:04:35
------------------------------	----------------------------

Lista de chequeo cuidado domiciliario:

Medicamentos Formulados

Medicamento:	Dosis:	Unid.:	Ciclo:	Días:
Observaciones:				
Medicamento:	Dosis:	Unid.:	Ciclo:	Días:
Observaciones:				
Medicamento:	Dosis:	Unid.:	Ciclo:	Días:
Observaciones:				
Medicamento:	Dosis:	Unid.:	Ciclo:	Días:
Observaciones:				
Medicamento:	Dosis:	Unid.:	Ciclo:	Días:
Observaciones:				
Medicamento:	Dosis:	Unid.:	Ciclo:	Días:
Observaciones:				