

FECHA DE NOTIFICACION

19/11/2015

FECHA DE VISITA

2/12/2015

MUNICIPIO

La Dorada

NOMBRE DEL EVENTO

Sífilis Gestacional

NOMBRE ASEGURADORA O DIRECCION TERRITORIAL

N/CP

CODIGO ASEGURADORA

FECHA DE DIAGNOSTICO

23/08/2015

FECHA DE NOTIFICACION

14/11/2015

SEMANA

46

DEPARTAMENTO RESIDENCIA

Cra 5 magistero

MUNICIPIO DE RESIDENCIA

La Dorada

IPS QUE REPORTA EL CASO

DEPARTAMENTO NOTIFICACION

MUNICIPIO DE NOTIFICACION

TIPO DE REGIMEN EN SALUD

1

CONTRIBUTIVO

2

SUBSIDIADO

3

EXCEPCION

4

ESPECIAL

5

NO AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

Jessica A. Hoyos

EDAD

26

FECHA DE NACIMIENTO

28/08/89

TIPO DE ID

CC

Nº DE IDENTIFICACION

1056786616

ESCOLARIDAD

☐ BASICA PRIMARIA

☐ BASICA SECUNDARIA

ULTIMO GRADO APROBADO

☒ UNIVERSIDAD

☐ NINGUNA

ESTADO CIVIL

☐ CASADA

☐ SOLTERA

☒ UNION LIBRE

OCCUPACION

aux administrativa

UBICACION DE LA VIVIENDA

VIVIENDA UBICADA EN

☒ CABECERA MUNICIPAL

☐ CENTRO POBLADO

☐ RURAL O PERSO

NOMBRE VEREDA

FINCA O SITIO

Casa

DIRECCION RESIDENCIA

TELEFONO RESIDENCIA

INFORMACION SOCIO AMBIEN

ACUEDUCTO

☒ VEREDAL

☐ URBANO

☐ INDIVIDUAL

☐ LLUVIA

☐ POZO

☐ RIO-CAÑO

CALIDAD DE AGUA

☒ TRATADA

☐ DESINFECTADA

☐ CRUDA

CUENTA CON

☒ ALCANTARRILLADO

☐ SUMIDERO

☐ POZO SEPTICO

☐ CAMPO ABIERTO

☐ CUERPOS DE AGUA

MANEJO DE BASURAS

☒ CONTINUA

☐ SIN TAPA

☐ CTR

DISPOSICION DE BASURAS

☐ QUEMADA

☐ ENTERRADA

☒ RECOLECTADA

☐ CAMPO ABIERTO

☐ RECICLAJE

DISPOSICION DE EXCRETAS

☒ INODORO

☐ TAZA

☐ LETRINA

☐ CAMPO ABIERTO

ESTADO DE LA VIVIENDA

☒ BUENA

☐ REGULAR

☐ MALA

COCINA CON

☒ ELECTRICIDAD

☐ GAS

☐ GASOLINA

☐ CARBON

☐ LEÑA

☐ ASERRIN

☐ CHIMENEA

HIGIENE DE LA VIVIENDA

☒ BUENA

☐ REGULAR

☐ MALA

VENTILACION

☒ BUENA

☐ REGULAR

☐ MALA

HIGIENE DE LAS PERSONAS

☒ BUENA

☐ REGULAR

☐ MALA

ILUMINACION

☒ BUENA

☐ REGULAR

☐ MALA

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

TIPO

☐ CASA

☒ APARTAMENTO

☐ PIEZA

☐ OTRO

CUAL?

NUMERO DE PERSONAS EN LA VIVIENDA

2

NUMERO DE PERSONAS EN LA HABITACION

2

CON QUIEN VIVE?

Esposo

DESCRIPCION DEL DAÑO

En buenas condiciones

COCINA INDEPENDIENTE

☒

NO

MISOS

☐ MADEIRA

☐ TIERRA

☒ BALDOSA

CHOS

☒ ZINC

☐ PLACA

☐ TEJA

☐ DESECHO

PAÑEDES

☐ PALETADAS

☐ LADRILLO

☒ MADERA

☐ DESECHO

ANTECEDENTES DE RIESGO PARA EL EMBARAZO

TABAJISMO

☐ SI

☒ NO

CUANTOS CIGARRILLOS DIA

SI

NO

ANTECEDENTES FAMILIARES DE DIABETES

SI

NO

FAMACODEPENDENCIA

SI

NO

CAMBIO PATIA

SI

NO

USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SI

NO

CUAL?

FRECUENCIA

0

CANCER DE CERVIX

SI

NO

ENFERMEDAD TIROIDEA

SI

NO

PERTENSIÓN EN LA FAMILIA

SI

NO

DESNUTRICION

☒

SI

NO

ENFERMEDAD RENAL CRONICA

SI

NO

FECHA DIAGNOSTICO DE SIFILIS RESULTADO DEL VOL:

SI

POSITIVO

☒

NEGATIVO

TRATAMIENTO

SEROLOGIA

FECHA	DOSES	IPS DONDE APLICARON TTO	PERSONA QUE APLICA	SEROLOGIA	FECHA	RESULTADO	LABORATORIO
-------	-------	-------------------------	--------------------	-----------	-------	-----------	-------------

23.1 Semanas

25-8-25			CONTROL 3 MESES			
			CONTROL 6 MESES			
			CONTROL 9 MESES			
			CONTROL 12 MESES			

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

NUMERO DE GESTACIONES	1	NUMERO DE CESAREAS	0	EMBARAZO GEMELAR	SI	NO	PRECIAMEIA	SI	NO
NUMERO DE ABORTOS	0	NUMERO NACIDOS VIVOS	0	EMBARAZO ECTOPICO	SI	NO	HEMORRAGIA ULTIMO SEMESTRE	SI	NO
NUMERO DE PARTOS	0	NO DE NACIDOS MUERTOS	0	FECHA ULTIMO PARTO	25/08/2025				

DATOS DE INTERES EN HISTORIA CLINICA OBSTETRICA

tenia 64 dts
en este momento 2 dts.

ANTECEDENTES DEL EMBARAZO ANALIZADO

FECHA ULTIMA MENSTRUACION	15/06/2025	FECHA PRIMER CONTROL	25/08/2025
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES REALIZADOS	3	FECHA ULTIMO CONTROL	15/08/2025
CLASIFICACION RH	SI NO CUAL?	FECHA ULTIMA ECOGRAFIA	09/08/2025
ECOGRAFIAS	SI NO CUANTAS?		

DATOS A DESTACAR EN CONTROLES (ESPECIFIQUE CUAL):

ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

TIENE CARNET PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	SI	NO	DURANTE SU EMBARAZO HA SIDO VISITADA POR PERSONAL DE SALUD	SI	NO
CUAL?			CUAL?		
TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO ENTRE LA VIVIENDA Y SITIO DE ATENCION			LE BRINDO INFORMACION SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y SIGNOS DE ALARMA DE SU ESTADO	SI	NO
TIEMPO	10 minutos		TUVO LIMITACIONES PARA ACCEDER A LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DE SU EMBARAZO	SI	NO
EXISTE PROMOTORA DE SALUD CERCA A LA VIVIENDA	SI	NO	A QUE TIPO SE SERVICIOS:		
COMO CONSIDERA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ATENCION Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO			EXCELENTE	BUENA	REGULAR

CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION PRE

DONDE SE REALIZO LA ATENCION Y SEGUIMIENTO A SU EMBARAZO O PARTO, CUENTA CON MEDICO PERMANENTE LAS (24H) PARA LA ATENCION DE URGENCIAS?	SI	NO
LA IPS CUENTA CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL DECRETO 2309/02 Y LA RESOLUCION 1439/02 PARA HABILITACION DE SERVICIOS DE OBSTETRICIA?	SI	NO
EXISTE MONITOREO FETAL?	SI	NO
CUENTA CON DISPONIBILIDAD PERMANENTE DE AMBULANCIA?	SI	NO
TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA MATERNA A LA IPS Y EL MOMENTO DE LA ATENCION POR PERSONAL MEDICO?	TIEMPO	
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA ATENCION MEDICA EN LA IPS Y LA REMISION A UN NIVEL DE ATENCION SUPERIOR	TIEMPO	

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD

Andrea Gaurica

CARGO:

aux enfermera

FIRMA:

[Firma]