Valle Invencible

GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA
Secretaría de Salud

sura

sura EPS

REMISIÓN PARA LA VALORACIÓN POR MÉDICO TRATANTE PARA CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

En cumplimiento a lo establecido en la Resolución 113 de 2020, el medico tratante debe garantizarle a la persona con discapacidad, cada uno de los siguientes ítems, de tal manera que la persona puede presentarlo ante la Secretaria de Salud del Municipio donde reside para dar tramite a la ruta correspondiente para obtener el certificado de discapacidad e inclusión en el Registro de Localización y caracterización de personas con discapacidad.

DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD-IPS QUE REALIZA DE REMISIÓN	
Municipio donde es emitida la orden:	Nombre de la entidad que emite la orden:
CALI - VALLE	CENTRO ESPECIALISMS SURA CASTELLA
Fecha de expedición de la REMISIÓN (DD-MM-AAA)	EAPB A LA QUE SE ENCUENTRA AFILIADO EL USUARIO
23/01/24.	EPS SURA.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y CONTACTO DE LA PERSONA QUE REQUIERE LA REMISIÓN		
Nombres y apellidos	Tipo de documento: (marcar con x)	Numero de documento
DIANA LORENA ALVAREZ GAFFAN	RC: ___ TI: ___ CC: X CE: ___ PEP: ___ Otro: ___ Cual: ___	38361854.
Municipio de residencia	CALI - VALLE.	

INFORMACIÓN SOBRE LA REMISIÓN			
Marque con una **X** los documentos que le entrega al usuario (esto como lista de chequeo).			
HISTORIA CLINICA Con diagnostico Cie-10 donde se relación la discapacidad que presenta la persona.		Cie-10	I10X M163.
SOPORTES:			
Conceptos profesionales de la salud	X	Exámenes clínicos	
Paraclínicos	X	Imágenes diagnosticas	X
Otros		Cuales:	

Powered by CamScanner

Valle Invencible

GOBERNACIÓN VALLE DEL CAUCA
Secretaría de Salud

sura

sura EPS

AJUSTES RAZONABLES

De acuerdo a las características y necesidades determinadas por el profesional tratante indique con una **X** las necesidades que la persona con discapacidad requiere para realizarle la valoración por el equipo multidisciplinario:

Lugar donde se deberá realizar la valoración: En la IPS X Domiciliaria: _____

En caso de requerir domiciliaria justificar:

N. A

Necesidades de apoyos y ajustes razonables:

a) Movilidad: ———

b) Comunicación y acceso a la comunicación: NINGUNA

c) Persona de apoyo: NINGUNA

OBSERVACIÓN: PACIENTE CON MOVILIDAD REDUCIDA, SE SUGIERE CONTROL DE PESO, HIGIENE POSTURAL. PRECAUCIÓN AL SUBIR Y BAJAR ESCALERAS, NO REALIZAR ACTIVIDADES DE ALTO IMPACTO.

DATOS DE MÉDICO TRATANTE

Nombres y apellidos: JOHNY PEÑALOZA HILLAN

Profesión: ORTOPEDISTA

Numero tarjeta profesional: 94553106

Firma del médico tratante: JOHNY P

Dr. Johny Peñaloza M.
Traumatología y Ortopedia
RM: 94.553.106

Sello de la IPS-ESE

Nota: La persona con discapacidad debe contactarse con la secretaria de salud del municipio donde reside, presentar este formato debidamente diligenciado por el médico tratante, con los soportes correspondientes.

Powered by CamScanner

Ips Punto De Vista Cali Norte (131947)
Consulta optometría general
Fecha de la atención 15/03/2025 07:23

Información básica del paciente y la atención

Plan: **POS**

Diana Lorena Alvarez Garzon

Identificación	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo
CC 38361854	02-02-1984	41 años(Adultez)	Femenino

Tipo de afiliación: POS	Departamento: VALLE DEL CAUCA	Municipio: CALI	Dirección: AV 7 B OESTE 14 OESTE-06 TRR 4
Teléfono fijo: 6023468670	Otro teléfono fijo: 3123148555		Correo electrónico: dialo.com@hotmail.com
Estado civil: Soltero	Ocupación: ENFERMERA Desempleada	Identidad de género: Mujer	Grupo Poblacional: Población general, NINGUNO
Escolaridad: Profesional	Raza: Mestizo	Tipo de zona	Orientación sexual
País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Ciudad de nacimiento	

Responsable

Nombre responsable	GUILLEMO LEON ALVAREZ	Parentesco	Padre
Teléfono responsable	3123900395	Celular responsable	3123900395

Acompañante

Viene con acompañante: No

Motivo de Consulta

"SERIA LA VALORACION ANUAL"

Enfermedad actual

PACIENTE USA GAFAS Y CON ELLAS VE BIEN LEJOS Y CERCA, OJO DERECHO VE MENOS, Y ES PERESOZO, REFORMULAR LAS GOTICAS CARBOMERO, NEOVASCULARIZACION DE LA CORNEA BILATERAL POR USO DE LENTES DE CONTACTO POR MAS DE 25 AÑOS, ULTIMO CONTROL Y CAMBIO DE RX OPTICA FUE HACE COMO 1-2 AÑOS, NO REPORTA MAS SINTOMAS. APLICA MEDICAMENTOS 3 VECES AL DIA.

Revisión por Sistemas

PANTALLAS 5 H

Seccion antecedentes generales

* Antecedentes patológicos: 1. MICROLITIASIS RENAL *2. ENDOMETRIOSIS SEVERA (HISTERECTOMÍA Y OOFORECTOMÍA IZQUIERDA 2017) *3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL *4. TRASTORNO DE ANSIEDAD. Quirúrgicos: histerectomía (2017), ooforectomía izquierda, artroplastia bilateral de cadera. Alergia: Niega.

Antecedentes Patológicos

Patología	Presenta	Observación
Hipertensión arterial	Sí	Diagnóstico 2021
Diabetes mellitus	No	
Enfermedad isquémica del corazón	No	
Trastorno de la Coagulación	No	
Cáncer	No	
Insuficiencia renal crónica	No	
Asma	No	
EPOC	No	
Enfermedad tiroidea	No	
Trastorno del tracto digestivo	No	

Patología	Presenta	Observación
Epilepsia	No	
Trastorno psiquiátrico	No	
VIH	No	
Displasia Congénita De La Cadera	Sí	
endometriosis	Sí	
Dislipidemia	No	
Enfermedades Cardiovasculares	No	
Enfermedad Cerebrovascular	No	
Artritis Reumatoidea	No	

Tratamiento farmacológico actual

Información confidencial

Medicamento	Dosificación
Losartán	50 mg cada 12 horas
Sertralina	50 mg cada 24 horas
NAPROXENO SODICO 250 MG TABLETA (POS)	1 TABLETAS cada 8 Horas durante 3 Dias
LOSARTAN POTASICO 50 MG TABLETA (POS)	1 TABLETAS cada 12 Horas durante 30 Dias
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 10 MG TABLETA (POS)	1 TABLETAS cada 8 Horas durante 3 Dias
SERTRALINA CLORHIDRATO 50 MG TABLETA RECUBIERTA (POS)	1 TABLETAS cada 24 Horas durante 30 Dias
AMLODIPINO 5 MG TABLETA (POS)	1 TABLETAS cada 24 Horas durante 30 Dias
LOSARTAN POTASICO/HIDROCLOROTIAZIDA 50/12.5 MG TABLETA (POS)	1 TABLETAS cada 12 Horas durante 30 Dias
HIALURONATO DE SODIO (No PBS)	1 GOTAS CADA 6 DIAS DURANTE 30 HORAS
DIENOGEST MICRONIZADO (No PBS)	1 TABLETAS CADA 24 DIAS DURANTE 28 HORAS
DIENOGEST MICRONIZADO (No PBS)	1 TABLETAS CADA 24 DIAS DURANTE 28 HORAS
DIENOGEST MICRONIZADO (No PBS)	1 TABLETAS CADA 24 DIAS DURANTE 28 HORAS
CARBOXIMETILCELULOSA SODICA (No PBS)	1 GOTAS CADA 8 DIAS DURANTE 30 HORAS

Medicamento	Dosificación
CARBOXIMETILCELULOSA SODICA (No PBS)	1 GOTAS CADA 8 DIAS DURANTE 30 HORAS
CARBOXIMETILCELULOSA SODICA (No PBS)	1 GOTAS CADA 8 DIAS DURANTE 30 HORAS
CARBOMERO 974 P (ACIDO POLIACRILICO) (No PBS)	1 APLICACIONES CADA 8 DIAS DURANTE 30 HORAS
CARBOMERO 974 P (ACIDO POLIACRILICO) (No PBS)	1 APLICACIONES CADA 8 DIAS DURANTE 30 HORAS
CARBOMERO 974 P (ACIDO POLIACRILICO) (No PBS)	1 APLICACIONES CADA 8 DIAS DURANTE 30 HORAS
CARBOMERO 974 P (ACIDO POLIACRILICO) (No PBS)	1 APLICACIONES CADA 8 DIAS DURANTE 30 HORAS
CARBOMERO 974 P (ACIDO POLIACRILICO) (No PBS)	1 APLICACIONES CADA 8 DIAS DURANTE 30 HORAS
CARBOMERO 974 P (ACIDO POLIACRILICO) (No PBS)	1 APLICACIONES CADA 8 DIAS DURANTE 30 HORAS
CARBOXIMETILCELULOSA SODICA (No PBS)	2 GOTAS CADA 8 DIAS DURANTE 30 HORAS
CARBOXIMETILCELULOSA SODICA (No PBS)	2 GOTAS CADA 8 DIAS DURANTE 30 HORAS
CARBOXIMETILCELULOSA SODICA (No PBS)	2 GOTAS CADA 8 DIAS DURANTE 30 HORAS
CARBOXIMETILCELULOSA SODICA (No PBS)	2 GOTAS CADA 8 DIAS DURANTE 30 HORAS
Carbomero 974 (acido poliacrilico)	1 gta cada 8 horas por 30 dias

Antecedentes Alérgicos

No relata alergias

Antecedentes quirúrgicos

Procedimiento	Procedimiento
Artroscopia De Cadera	Histerectomía
Ovariopexia	

Antecedentes ginecobstétricos

Menopausia años 35 año(s)

¿Planifica?: No

Fecha última citología 22-02-2024 Resultado citología Normal

Información de embarazos previos

Número de embarazos previos 0

Observaciones ginecobstétricas * SEXUALMENTE ACTIVA

* USA PRESERVATIVO

* HISTERECTOMIA EN 2017 POR ENDOMETRIOSIS

Antecedentes familiares

Patología	Parentesco	Observación
Enfermedad tiroidea	Madre	hipotiroidismo
Diabetes mellitus	Abuelos	

Patología	Parentesco	Observación
Hipertensión arterial	Abuelos	

Estilos de Vida

H¿bitos (Cigarrillo)

¿Ha fumado m¿s de 100 cigarrillos en su vida? No ¿Ha fumado en los ¿ltimos 6 meses? No

Clasificaci¿n No fuma

Exposici¿n al tabaco **¿Fumador pasivo?:** No

Consumo de Alcohol

Frecuencia consumo de licor Ha tomado alguna vez

Información confidencial

¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?	No	¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?	No
¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?	No	¿Alguna vez ha necesitado beber por la ma¿ana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?	No
Clasificaci¿n	Bebedor social		

Sustancias psicoactivas ¿Consume sustancias psicoactivas?: No

H¿bitos (Actividad f¿sica) ¿Realiza actividad f¿sica?: Si

Actividad F¿sica

Intensidad de Actividad F¿sica	¿Cu¿ntos d¿as en la semana?	¿Cu¿ntos minutos por d¿a en promedio?
Moderada	6 Dias	60 Minutos

Actividad f¿sica total MET-minutos/semana	1440 METs	Clasificaci¿n	Cumple recomendaciones
¿Cu¿l actividad f¿sica/ejercicio regular?	CAMINATA		

"Nota: Recomendaciones de la OMS sobre la actividad f¿sica para la salud\n\"A lo largo de una semana, incluida la actividad para el trabajo, durante el transporte y el tiempo libre, los adultos deben realizar al menos: 150 minutos de actividad f¿sica de MODERADA INTENSIDAD o 75 minutos de actividad f¿sica de VIGOROSA INTENSIDAD o una COMBINACI¿N equivalente de actividad f¿sica de moderada y vigorosa intensidad logrando al menos 600 MET-minutos\"\n"

Otros habitos Otros h¿bitos y estilos de vida: * OCUPACION: ENFERMERA EN EL MOMENTO DESEMPLEADA.

RESTRICCION EN CONSUMO DE SAL.

RESTRICCIÓN EN CONSUMO DE AZÚCARES REFINADAS Y HARINAS.

RESTRICCION EN CONSUMO DE GRASAS.

CAFE 1 TAZA SEMANAL.

CONSUMO DE AGUA 2 L DIARIOS.

FRUTAS 2 VECES POR SEMANA Y VERDURAS ESCASO (2 VEZ PRO SEMANA)

Antecedentes oculares section

Antecedente	Presenta	Antecedente	Presenta
Blefaroplastia	No	Ojo seco	No
Catarata	No	Pterigion	No
Chalazión	No	Queratotomía radial	No
D.R.	No	Toxoplasmosis	No
Estrabismo	No	Tratamientos ortópticos	No
Glaucoma	No	Antecedentes traumáticos oculares	No
Lasik	No	Otro	No

AV SC

AV CC

AV CC Anteojos

OD

Esfera	-5.50	Cilindro	-0.75
Eje	0	AV VL	20/20
AV VP	0.50 M		

OI

Esfera	-5.50	Cilindro	-1.00
Eje	0	AV VL	20/20

Información confidencial

AV VP	0.50 M

Detalle

Tipo de lente	Monofocal	Material	Alto índice
Filtros	Fotocromático		

Observacion

Observacion	AR

Examen externo

OD

Observaciones	VASCULARIZACION BORDE LIMBOCORNEAL ESTABLE

OI

Observaciones	VASCULARIZACION BORDE LIMBOCORNEAL ESTABLE

Motilidad ocular

CT	Con corrección				
VL	ORTHO	VP	X	PPC	8 cm

Oftalmoscopia

OD

Apariencia sana	Si	Exc	03

OI

Apariencia sana	Si	Exc	03

Examen refractivo y subjetivo

	Esfera	Cilindro	Eje
OD	-5.50	-1.00	0
OI	-5.50	-1.00	0

	Esfera	Cilindro	Eje	AV VL	AV VP
OD	-5.50	-0.75	0	20/20	0.50 M
OI	-5.50	-1.00	0	20/20	0.50 M

Fórmula de lentes

OD

Esfera	-5.50	Cilindro	-0.75
Eje	0	AV VL	20/20
AV VP	0.50 M	DNP	30 mm

OI

Esfera	-5.50	Cilindro	-1.00
Eje	0	AV VL	20/20
AV VP	0.50 M	DNP	32 mm

Detalle

RX	TOTAL	Se da corrección óptica	Si
Uso	Permanente	DMSVO Prescrito	Lentes oftálmicos

Información confidencial

Cantidad DMSVO Prescrito	2	Tipo de lente	Monofocal
Material	Policarbonato		

Recomendación no PBS

Material	POLICARBONATO
Tratamiento 1	CLARITY + TRANSITIONS
Material	ALTO INDICE 1.67
Tratamiento 1	CRIZAL + TRANSITIONS

Análisis y plan

Validación COVID-19

¿Aplica cuestionario COVID-19? No

Notas de análisis y plan: NO REQUIERE CAMBIO DE RX ÓPTICA, NO HAY VARIACIÓN SIGNIFICATIVA CON RX EN USO. SE EXPLICA ESTADO VISUAL Y ANATÓMICO, SE RECOMIENDA PAUSAS ACTIVAS Y MANEJO DE TIEMPO EN LA TECNOLOGIA . OPTOMETRIA EN 1 AÑO. ENTREGO FORMULA.

Notas de expectativas y metas: NO REQUIERE CAMBIO DE RX ÓPTICA, NO HAY VARIACIÓN SIGNIFICATIVA CON RX EN USO. SE EXPLICA ESTADO VISUAL Y ANATÓMICO, SE RECOMIENDA PAUSAS ACTIVAS Y MANEJO DE TIEMPO EN LA TECNOLOGIA . OPTOMETRIA EN 1 AÑO. ENTREGO FORMULA. AV CC 20/20 0.5M

Diagnóstico principal	Tipo de diagnóstico
H521-MIOPIA	Confirmado repetido

Causa externa y finalidad

Causa / Motivo atención	Origen Común	Enfermedad general	**Finalidad de la consulta**
Tratamiento	Tratamiento		

Conducta final

Prescripción de medicamentos

Ayudas diagnósticas

Remisión

Recomendaciones

INFORMACION PARA PERSONAS CON MIOPIA: Es una alteracion donde las imagenes lejanas se ven borrosas y se requiere el uso de correccion optica para un desempeño visual normal.

RECOMENDACION CUIDADO DE LAS GAFAS: Debes poner y quitar las gafas con ambas manos. Evita dejarlas con los lentes hacia abajo y limpiarlas con la ropa para prevenir el rayado, lo adecuado es limpiarlos con un paño de microfibra. En caso de perdida o daño de las gafas, si la formula es menor a 6 meses puedes usarla, en caso contrario consulta nuevamente con el optometra.

RECOMENDACIONES GENERALES: No excedas el uso de pantallas por mas de 10 horas al dia y realiza descanso o pausas visuales de al menos 10 minutos cada 2 horas. Realiza actividades fisicas al aire libre minimo 1 hora diaria ya que esto evita la progresion del defecto de refraccion. Maneja una distancia de lectoescritura NO menor a 40 cms. Si en algun momento notas que requieres alejar la lectura a mas de 70 cms, debes pedir nuevamente cita con el optometra. Es ideal que siempre que estes en ambiente externo uses gafas con proteccion solar (filtro UV).

Información del profesional

SANDRA MILENA BURGOS GRANADOS

CC 53160984 OPTOMETRIA Registro 53160984

Información Confidencial

Clínica ani
ATENCIÓN NEUROLÓGICA INTEGRAL

CLINICA ANI - H&G SAS
NIT. 901006705
Régimen Común
CARRERA 37 # 5B3 - 10 CALI - COLOMBIA
usuarios@clinicaani.com
Celular y whatsapp: 3123825422 Teléfono: 5195858

REMISION (ORDEN DE SERVICIOS)
017542

FECHA: Marzo 20/2025 9:09 am
NOMBRE: DIANA LORENA ALVAREZ GARZON
CC : 38,361,854

Remitido a:

Especialista/Medico:
Especialidad: PSIQUIATRIA
Diagnóstico: DEPRESIÓN
Observación: SE REMITE A PSIQUIATRíA PARA VALORACIóN PRIORITARIA POR PRESENCIA DE SINTOMATOLOGíA ANSIOSA Y RASGOS DEPRESIVOS MARCADOS, TRASTORNOS EN EL SUEñO, ALTERACIONES EN EL APETITO E IDEAS SUCIDAS FRECUENTES.

Firma Electrónica
YULISSA ANDRADE GALINDO
Especialidad: : PSICOLOGIA
Registro Médico: 241124

Powered by CamScanner

Clínica ani
ATENCIÓN NEUROLÓGICA INTEGRAL

Paciente	: DIANA LORENA ALVAREZ GARZON	**Fec. Nac.**	: 02-Feb-1984
Identificación	: CC 38361854	**Edad/Sexo**	: 41 años / F
Ocupación	: No informada	**Gr. sang.**	: No asigna
Télefonos	: Fijo: No informado Movil: 3123148555	**Est. Civil**	: No informado
E-Mail	: dialo.com@hotmail.com		
Dirección	: AV 73 OESTE # 14 OESTE - 03		
Ciudad	: CALI	**Departamento**	: Valle del Cauca

Datos no informados
Responsable

Psicologia

DATOS DE INGRESO DEL PACIENTE

Fecha de registro: 19-Mar-2025 Hora (De 08:30 am A 09:00 am) Folio: 891345 Atendido por: Ana Maria Osorio Ossa TP.: [Psicologia]

MOTIVO DE CONSULTA : VALORACION

DESCRIPCIÓN PACIENTE REFIERE: "YO ESTOY HACIENDO HIPERTENSIÓN DEBIDO AL NO MANEJO ADECUADO DE MIS EMOCIONES, NO SÉ, CUALQUIER COSA ME DA MAL GENIO".

ANTECEDENTES

	DESCRIPCIÓN
PSICOLOGICOS	SI ASISTIDO
PSIQUIATRICOS	SI ASISTIDO
OTROS	ANTECEDENTE MEDICO: REMPLAZO ARTICULAR - HIPERTENSION

OBSERVACIONES PACIENTE EN OPTIMAS CONDICIONES GENERALES, SE MUESTRA RECEPTIVA, ALERTA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, COLABORA CON LA ENTREVISTA. HABLA NORMAL, LENGUAJE FLUYE, NOMINA, REPITE, COMPRENDE. ATENCIÓN, RACIOCINIO Y JUICIO DE LA REALIDAD SIN ALTERACIONES, SIN IDEAS DELIRANTES U OBSESIVAS.

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE

	DESCRIPCIÓN
AUTOCUIDADO	PACIENTE CON APARIENCIA ADECUADA, REFIERE CICLOS IRREGULARES DEL SUEÑO, REALIZA ACTIVIDAD FISICA (CAMINAR), NIEGA EL CONSUMO DE SPA.
SOCIAL	INTERACCION SOCIAL FAVORABLE - RED DE APOYO: AMIGA Y FAMILIA
FAMILIAR	VIVE SOLA

ANÁLISIS E INTERVENCIÓN SE REALIZA ACERCAMIENTO EN VALORACIÓN CON EL FIN DE CONOCER HISTORIA DE VIDA, ESTADO EMOCIONAL, COGNITIVO Y COMPORTAMENTAL, RELACIONES INTERPERSONALES E INTRAPERSONAL, FACTORES DE PROTECCIÓN Y DE RIESGO.

PACIENTE REFIERE: "LO PRINCIPAL ES EL DESEMPLEO, LLEVO MUCHAS AÑOS DESEMPLEADA, ENTONCES ES EL ESTRÉS DE LOS GASTOS, LAS FACTURAS, DE NO PODER AYUDAR O SOLVENTAR".
"ANTES SENTÍA MUCHO DOLOR, PERO AHORA YA ME RECUPERE".
"SOY PERSONA EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, YA INCLUSO TENGO REGISTRO".
"A MÍ NO ME GUSTA QUE MI FAMILIA SE ANGUSTIE, ENTONCES YO TRATO DE NO HABLAR CON MIS PAPAS".
"YO YA TODO LO HE INTENTADO LABORALMENTE, ESTOY QUE NO SÉ QUÉ HACER, ENTONCES ESO HACE QUE SE DISPARE MI PRESIÓN ARTERIAL".
"YO SIENTO VERGÜENZA QUE SEAN MIS PAPAS LO QUE ME AYUDEN CON LOS GASTOS".

NOTA: SE ENFATIZA QUE ANTE AGUDIZACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA (IDEACIÓN SUICIDAS O CONDUCTA AUTOLESIVA) DEBE DE DIRIGIRSE A SU RED DE URGENCIAS MÁS CERCANA O LLAMARA LA LÍNEA #106 DE APOYO EMOCIONAL.

TENIENDO EN CUENTA LO ANTERIOR, SE REMITE PACIENTE A PSICOTERAPIA Y SE BRINDA LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

1. MANTENER UNA DIETA SALUDABLE Y DESCANSAR LO SUFICIENTE.
2. MANTENER EN CONTACTO CON TUS SERES QUERIDOS Y CON LOS AMIGOS QUE SEAN POSITIVOS Y QUE BRINDEN APOYO DE FORMA SALUDABLE.
3. IMPLEMENTAR LA ESCRITURA COMO TÉCNICA PARA EXPRESAR LO QUE SIENTE O PIENSA.
4. DISMINUIR EL CONSUMO DE BEBIDAS OSCURAS, ESTIMULANTES O EMBRIAGANTES.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

Código : R45 Síntomas y signos que involucran el estado emocional

Evolución

Diagnostico

R45 - Sintomas y signos que involucran el estado emocional

Observación: SE REALIZA VALORACIÓN: PACIENTE SE DESPLAZA POR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN ALTERACIONES EMOCIONALES NI COMPORTAMENTALES. PRESENTA ORIENTACIÓN, ATENCIÓN Y JUICIO DE LA REALIDAD. ANTE INSPECCIÓN FÍSICA NO SE ENCUENTRAN HALLAZGOS RELEVANTES A MENCIONAR. SE OBSERVA PRESENTACIÓN PERSONAL Y HÁBITOS

Powered by CamScanner

HIGIÉNICOS EN ACEPTABLES
CONDICIONES.

SE BRINDA ESPACIO DE ESCUCHA ACTIVA Y RAPPORT CON OBJETIVO DE INDAGAR POR MOTIVO DE CONSULTA, PACIENTE SE ENCUENTRA ESTABLE ANIMICAMENTE, SE BRINDA PSICOEDUCACION, LA CUAL REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Orden Terapia

Fecha emisión: 19-Mar-2025 08:30 am **Consecutivo:** 026868 **Fecha finalización:** 31-Mar-2025

Diagnostico(s):

R45 - SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN EL ESTADO EMOCIONAL

Exámenes/Teraplas:

- PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA (SESION)

Evolución

Fecha de registro: 20-Mar-2025 Hora (De 08:30 am A 09:00 am) Folio: 892043 Atendido por: Yulissa Andrade Galindo TP.: 241124 [Psicología]

Diagnostico

F329 - DEPRESIÓN

Observación: PACIENTE ADULTA, DE 41 AñOS, DE GENERO FEMENINO, INGRESA ESTABLE ANIMICAMENTE A CONSULTA SIN SIGNOS NI SINTOMAS DE INESTABILIDAD EMOCIONAL, CON EL DESARROLLO DE LA CONSULTA PRESENTA DESBORDE EMOCIONAL COMO LABILIDAD, IRRITABILIDAD, VOZ TEMBLOROSA, OJOS LLOROSOS, PENSAMIENTOS NEGATIVOS.
SE INDAGA SOBRE CONTEXTO PERSONAL, FAMILIAR Y SOCIAL, SE PERMITE ESPACIO DE ESCUCHA ACTIVA, SE TRABAJA SOBRE EL DISCURSO DEL PACIENTE.
REFIERE: "ME SIENTO MUY CANSADA, AGOTADA, ESTOY CON LO DE LAS PROTESIS DE LAS CADERAS, NO ME SALE EMPLEO Y BUSCO DE TODO Y NO ME SALE NADA, ME HA DADO HIPERTENSION, HE DESARROLLADO MAS ENFERMEDADES PERO ME SIENTO ESTRESADA, TENGO QUE PAGAR MIS COSAS, LA IDEA DE MORIRME NO ME DISGUSTA, ME SIENTO QUE NO PUEDO MAS".

SE BRINDAN HERRAMIENTAS QUE LE AYUDAN A GESTIONAR EMOCIONES. SE ORIENTA EN ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.
PSICOEDUCACION EN HABITOS SALUDABLES EN SALUD MENTAL. PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA CONDUCTA A SEGUIR.
SE ASIGNA SIGUIENTE SESION DE MANERA VIRTUAL PARA PSICOTERAPIA INDIVIDUAL.

SE REMITE A PSIQUIATRÍA PARA VALORACIÓN PRIORITARIA POR PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y RASGOS DEPRESIVOS MARCADOS, TRASTORNOS EN EL SUEñO, ALTERACIONES EN EL APETITO E IDEAS SUCIDAS FRECUENTES.

AL TERMINAR LA SESION LA PACIENTE SE ENCUENTRA BIEN ANÍMICAMENTE Y SE RETIRA ESTABLE DEL CONSULTORIO.

Orden Terapia

Fecha emisión: 20-Mar-2025 08:30 am **Consecutivo:** 026880 **Fecha finalización:** 31-Mar-2025

Diagnostico(s):

F329 - DEPRESIÓN

Exámenes/Terapias:

- PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA (SESION)

Remisión

Fecha emisión: 20-Mar-2025 08:30 am **Consecutivo:** 017542

Remitido a:

Especialidad: PSIQUIATRIA

Observación: SE REMITE A PSIQUIATRÍA PARA VALORACIÓN PRIORITARIA POR PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y RASGOS DEPRESIVOS MARCADOS, TRASTORNOS EN EL SUEñO, ALTERACIONES EN EL APETITO E IDEAS SUCIDAS FRECUENTES.

Powered by CamScanner