

Fecha. Marzo 19 de 2021

Doctor

Donde Responde de Silva.

Amfo: Recurso Apelacion

Recibido por  
como elector  
Institucional del  
Judo hoy  
19. MARZO 2021  
3:45 pm  
91-001-61-00-00-2020  
0004

Respetuosamente me permito presentar ante usted  
Recurso de Apelacion, respecto del auto y/o vista la priab  
domiciliaria del Sr. Richard Jhoan Aspiro de acunio  
lo sigue.

1º El Juri de eleccion de pena y medidas de seguridad,  
si bien es cierto y en su proveido argumenta que lo hijo  
nuevo del Sr. Richard Jhoan Aspiro, no esta en posesion  
de abandono, tambien es cierto y el Juri no valora y lo  
Menos unicamente se encuentran bajo el cuidado de su abuela  
Antonia Aspiro, persona de 49 años de edad, con discapacidad  
al ver o si mas y con otras deficiencias, actualmente desempleada,  
da y subsiste vendiendo empacados ocasionamente por lo tanto,  
la presencia de su Sr. padre es sumamente importante para  
aportar a la buena crianza de sus hijos menores, ya que se  
haya de un padre cobra de familia.

2º Igualmente el Juri no valore el estado de salud  
de las encuestas de Sr. Richard Jhoan Aspiro  
para presentar multiples defensas tales como otras  
de una - levantada - derechos, entre otros argumentos.

Nota: - Reporte Historial Clinico.  
- de main documents of son padre quien  
de familia - esta en el expediente.

Richard Long Espayo  
Caf. 1.121.210.936

offe - RICHARD FLOREZ ESPAYO  
1121210736

3- Así los casos se solicitan en un de  
experto informes y envia a decisa  
del por de que y en su lugar  
concede la primer documental  
de cuenta a lo anterior  
manejado.



Nit. 83800096-7

**EVOLUCION HOSPITALIZACION**

Nº Historia Clínica: 1121210736

Nombre del Paciente: RICHARD FLÓREZ ASPAJO

Plan de Beneficios: FIDEICOMISOS PATRIMONIO AUTONOMOS FIDUCIARIA LAPREVISORA S.A.  
CTONº. 84940-2020 EVENTO

HEMODYNAMICOS DENTRO DE LÍMITES DE LA NORMALIDAD. SIN SIGNOS DE SIRS, NO REQUERIMIENTO DE O2 SUPLEMENTARIO; PACIENTE EN QUIEN SE ROTO ANTIBIOTICO CON MEJORIA CLINICA. POR EL MOMENTO DEBE CONTINUAR MANEJO INSTAURADO EN PRO DE COMPLETAR ESQUEMA ATB DE AL MENOS 5 DIAS. PRONOSTICO RESERVADO

**INTERPRETACION DE PARACLINICOS:**

PLAN: VARI INDICACIONES MEDICAS

**MEDICAMENTOS**

CANT	CODIGO	NOMBRE MEDICAMENTO
2	1518010315	OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULAS (NOVASIED)
1	1518019732	PREDNISOLONA 5 MG TABLETAS
2	1518010099	CEFTRIAXONA 1G INYECTABLE (VITALIS)

**DIAGNOSTICOS**

CODIGO	NOMBRE
M909	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA
J182	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
N741	URETRITIS NO ESPECIFICADA

INDICACION DE SALIDA: Hospitalizacion

DETALLE SALIDA : HOSPITALIZAR EN MEDICINA INTERNA CABECERA A USO DE TAPABOCAS N95 PERMANENTE - LAVADO DE MANOS FRECUENTE DIETA CORRIENTE CATETER HEPARINIZADO OMEPRAZOL CAP. DAR 20 MG VO CADA 12 HORAS CEFTRIAXONA AMP. APLICAR 2 GR IV DIA (FI 07/02/2021) D PREDNISOLONA TAB. DAR 5 MG VO DIAMETOTREXATE TAB. DAR 10 MG VO TODOS LOS SABADOS SUSPENDER METILPREDNISOLONA TROMBORFILAXIS NO FARMACOLOGICACSV. A Y AC

*Jaider Luis Saurith*  
**Jaider Luis Saurith**  
Esp. Medicina Interna  
LEON CARLOS J. FERRER  
R.M. 8742

1065635744 - SAURITH MONTE ROSA JAIDER LUIS

R.M.: 1065635744

90 - MEDICINA INTERNA



Nit. 838000096-7

**EVOLUCION HOSPITALIZACION**

Nº Historia Clínica: 1121210736

Nombre del Paciente: RICHARD FLOREZ ASPAJO

Plan de Beneficios: FIDEICOMISOS PATRIMONIO AUTONOMOS FIDUCIARIA LAPREVISORA S.A.  
CTONº. 84940-2020 EVENTO

ITEM DINAMICOS DENTRO DE LIMITES DE LA NORMALIDAD, SIN SIGNOS DE SIRS, NO REQUERIMIENTO DE O2 SUPLEMENTARIO; PACIENTE EN QUIEN SE DECIDE INICIAR CEFTRIAXONA POR PERSISTENCIA DE LEUCOCITROSIS. POR EL MOMENTO DEBE CONTINUAR MANEJO INSTAURADO EN PRO DE COMPLETAR ESQUEMA ATB DE AL MENOS 5 DIAS. PRONOSTICO RESERVADO.

**INTERPRETACION DE PARACLINICOS:**

PLAN: VER INDICACIONES MEDICAS

**MEDICAMENTOS**

CANT	CODIGO	NOMBRE MEDICAMENTO
2	1518010315	OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULAS (NOVAMED)
1	1518010268	METILPREDNISOLONA 500 MG POLVO LIOPILIZADO (SOLUMEDROL)
2	1518010099	CEFTRIAXONA 1G INYECTABLE (VITALIS)

**DIAGNOSTICOS**

CODIGO	NOMBRE
M059	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA
J189	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
N341	URETRITIS NO ESPECIFICADA

INDICACION DE SALIDA: Hospitalización

DETALLE SALIDA : HOSPITALIZAR EN MEDICINA INTERNA CABECERA A 3º PISO DE TAPABOCAS N95 PERMANENTE - LAVADO DE MANOS FRECUENTE DIETA CORRIENTE CATER HEPARINIZADO OMEPRAZOL CAP, DAR 20 MG VO CADA 12 HORAS CEFTRIAXONA AMP, APLICAR 2 GR IV DIA (FI 07/02/2021) DIMETILPREDNISOLONA AMP, APLICAR 50 MG IV CADA 8 HORAS METOTREXATE TAB, DAR 7,5 MG VO TODOS LOS SABADOS SUSPENDER AZITROMICINA SUSPENDER DICLOFENACOL SV, A Y AC

*Jaider Luis Saurith*  
**Jaider Luis Saurith**  
Exp. Medicina Interna  
LIC. CARLOS J. FENAY  
R.M. 8742

1065635744 - SAURITH MONTERROSA JAIDER LUIS

R.M.: 1065635744

90 - MEDICINA INTERNA



Nit. 838000096-7

**EVOLUCION HOSPITALIZACION**

Nº Historia Clínica: 1121210736

Nombre del Paciente: RICHARD FLOREZ ASPAJO

Plan de Beneficios: FIDEICOMISOS PATRIMONIO AUTONOMOS FIDUCIARIA LAPREVISORA S.A.  
CTONº. 84940-2020 EVENTO

PARAMETROS HEMODINAMICOS DENTRO DE LIMITES DE LA NORMALIDAD, SIN SIGNOS DE SIRS. NO REQUERIMIENTO DE O2 SUPLEMENTARIO. EN REPORTE DE PARACLINICOS SE EVIDENCIA RA TES NEGATIVO. DISMINUCION DE PCR, PERO AUN ELEVADA. CH CON LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA. CREATININA NORMAL. RX DE MANOS COPARATIVAS, SIN EVIDENCIA DE PORCESO DEGENERATIVOS DE ARTICULACION METACARPOFALANGICAS. . POR EL MOMENTO DEBE CONTINUAR MANEJO INSTAURADO EN PRO DE COMPLETAR ESQUEMA ATB DE AL MENOS 5 DIAS. PRONOSTICO RESERVADO.

INTERPRETACION DE PARACLINICOS: PCR: 192HEMATOCRITIO: 33.4(PORCENTAJE)HEMOGLOBINA: 10.6(GRAMOS POR DECILITRO)LEUCOCITOS: 18200(MILIMETRO CUBICO)NEUTROFILOS: 85(PORCENTAJE)LINFOCITOS: 7(PORCENTAJE)EOSINOFILOS: 4(PORCENTAJE)BASOFILOS: 0(PORCENTAJE)MONOCITOS: 0(PORCENTAJE)CAYADOS O BANDAS: 0(PORCENTAJE)VCN: 83(FENTOLITROS)RA Tes. CREATININA: 0.84

PLAN: VER INDICACIONES MEDICAS

**MEDICAMENTOS**

CANT	CODIGO	NOMBRE MEDICAMENTO
2	1518010313	OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULAS (NOVAMED)
1	1518010135	DEXTOSA 3% EN AGUA DESTILADA BOLSA 500ml (BAXTER)
1	1518010138	DICLOFENACO SODICO 75 MG/ML AMP (VITALIS S.A.)
1	1518010265	METILPREDNISOLONA 500 MG POLVO LIOFILIZADO (SOLIMEDRO)
1	1518010621	AZITROMICINA 500 MG TAB (MK)

**DIAGNOSTICOS**

CODIGO	NOMBRE
M69	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA
J18	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA
N54	URETRITIS NO ESPECIFICADA

INDICACION DE SALIDA: Hospitalizacion

DETALLE SALIDA : HOSPITALIZAR EN MEDICINA INTERNA CABECERA A 30ºUSO DE TAPABOCAS N95 PERMANENTE - LAVADO DE MANOS FRECUENTE DIETA CORRIENTE CATETER HEPARINIZADO OMEPRAZOL CAP, DAR 20 MG VO CADA 12 HORAS AZITROMICINA TAB, DAR 500 MG VO DIA, D3/DICLOFENACO AMP, 75 MG EN 500 CC DAD 5%, PASAR IV EN 1 HORA, DIARIA METH.PREDNISOLONA AMP, APLICAR 200 MG IV AHORA, CONTINUAR A 50 MG IV CADA 8 HORAS METOTREXATE TAB, DAR 7.5 MG VO TODOS LOS SABADOS CSV, A Y AC

*Jaider Saurith*  
**Jaider Luis Saurith**  
Especialista Medicina Interna  
U.S. CARLOS L. FERRAZ  
R.M. 0742

1065635744 - SAURITH MONTERROSA JAIDER LUIS

R.M.: 1065635744

90 - MEDICINA INTERNA