Doctor
JUAN CARLOS ARTEAGA CAGUASANGO
JUEZ SEXTO (6) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E.S.D.

REF. CONTESTACION DEMANDA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL

DEMANDANTES: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA

DEMANDADOS: CLINICA IMBANACO S.A.S

Radicado: 2022-00001

Quien suscribe, **GLORIA ELENA BLANCO LOPEZ**, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Cali, identificada con la Cedula de Ciudadanía No. 38.567.553 de Cali, abogada en ejercicio con T.P. No. 182.103 del C.S. de la J., obrando como representante judicial de la demandada CLINICA IMBANACO S.A.S., según certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Cali, el cual adjunto; mediante el presente escrito y encontrándome dentro del término de ley, procedo a descorrer el traslado y doy repuesta a la demanda de la referencia, refiriéndome a la misma en los siguientes términos:

I. A LOS HECHOS

Sobre los contextos laboral, familiar y social del señor Jan Carlo Zapparrata Valencia.

AL PRIMERO DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en pruebas documentales.

AL SEGUNDO DE LA DEMANDA: **ES CIERTO** según consta en pruebas documentales.

AL TERCERO DE LA DEMANDA: **ES CIERTO** según consta en pruebas documentales.

AL CUARTO DE LA DEMANDA: **NO ME CONSTA** las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada por ser un hecho de carácter personal, por lo que la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

Sobre los hechos previos a la cirugía del 14 de febrero de 2017, como hecho generador del daño al señor Jan Carlo Zapparrata Valencia.

AL QUINTO DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada ya que la atención se realizó en una entidad ajena a la CLINICA IMBANACO S.A.S, y la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL SEXTO DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada ya que la atención se realizó en una entidad ajena a la CLINICA IMBANACO S.A.S, y la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL SEPTIMO DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada ya que la atención se realizó en una entidad ajena a la CLINICA IMBANACO S.A.S, y la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL OCTAVO DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada ya que la atención se realizó en una entidad ajena a la CLINICA IMBANACO S.A.S, y la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL NOVENO DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada ya que la atención se realizó en una entidad ajena a la CLINICA IMBANACO S.A.S, y la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL DECIMO DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada ya que la atención se realizó en una entidad ajena a la CLINICA IMBANACO S.A.S, y la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL ONCE DE LA DEMANDA: ES CIERTO que ingresó a la Clínica Imbanaco en donde se le realizó bloqueo de plejo lumbosacro y neurolisis de plejo lumbar por parte del Doctor Dario Fuertes. Este procedimiento se realizó porque tenía indicación debido a que persistían los síntomas de dolor referidos por el paciente, es decir el señor ZAPPARRATA continuaba sintomático pese a los manejos adecuados y pertinentes previos.

Anotamos que el procedimiento fue sugerido para mejorar el dolor que padecía a causa de su diagnóstico de espondilolistesis.

AL DOCE DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en los registros de la historia clínica.

Sobre los hechos relacionados con la cirugía del 14 de febrero de 2017.

AL TRECE DE LA DEMANDA:

ES CIERTO que en razón a su diagnóstico de espondilolistesis grado I, se le ofrecieron como alternativas de tratamiento bloqueos plejolumbares.

Hay que anotar al Despacho que, SI SE LE OFRECIERON OTRAS ALTERNATIVAS, que en este caso fue un manejo conservador porque estuvo en 6 meses con este manejo por 6 meses; los bloqueos hacen parte del manejo del dolor que no fue fructífero y que por ello se planteó la cirugía por no mejoría debido a que los síntomas persistían. La cirugía de descompresión más disectomía lumbar vía anterior con instrumentación fue una conducta médica adecuada y pertinente. Reiteramos, la cirugía se realizó porque el manejo conservador no fue efectivo y se contaba con el recurso del procedimiento quirúrgico.

NO ES CIERTO que no se hayan advertido los riesgos pues TODO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO conlleva unos riesgos que todo paciente entiende y acepta antes de ser intervenido, lo cual ocurrió en este caso con el señor JAN CARLO ZAPPARRATA a quien se le explicaron los riesgos y complicaciones por parte del Doctor Gerardo Casas Castillo, tal como se evidencia en el consentimiento informado que se encuentra firmado por él.

NO ES CIERTO lo especificado y anotado en los dictámenes periciales rendidos por el por el Doctor José Jaime Acosta Montoya, adscrito al Centro de Estudios en Derecho y Salud – CENDES y por el Doctor José Norman Salazar González, ya que dichas apreciaciones están sujetas a contradicción existiendo variados criterios médicos y científicos respecto a un plan de manejo y, hasta que no se compruebe responsabilidad por parte de mi defendida, no se pueden hacer aseveraciones o confirmaciones. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL CATORCE DE LA DEMANDA: ES CIERTO que en el consentimiento informado del día 31 de enero de 2017 para el procedimiento de descompresión más disectomía lumbar vía anterior con instrumentación, a mi representado se le advirtieron como riesgos previsibles por parte del doctor Gerardo Casas Castillo: “Infección, re herniación, fibrosis,

fistula de líquido cefalorraquídeo, dolor residual, rechazo material, seudoartrosis y lesión neurológica".

NO ES CIERTO que no se advirtió como riesgos previsibles de la cirugía relacionados con el material de osteosíntesis, las fracturas de tornillos, aflojamiento e inestabilidad de la estructura, pues dentro de ese mismo ítem, es claro y evidente tal como se lee, que se "*advierten de forma general los siguientes riesgos* ***NO EXCLUYENTES DE OTROS IMPREVISIBLES DE FORMA CONCRETA***" situación que NO compromete la responsabilidad de la CLINICA IMBANACO SAS como Institución Prestadora del Servicio de Salud. De igual forma, existe el proceso de información verbal que se realiza por parte del médico a su paciente en donde se da un espacio de explicaciones y de escucha para que el paciente pueda tener total libertad y autonomía para aceptar o rechazar el tratamiento o procedimiento sugerido.

NO ES CIERTO que se omitió la referencia a la existencia de opciones y tratamientos conservadores, de tal suerte, que el paciente conociera todos los escenarios posibles en atención a su patología ya que, en cada relación médico-paciente, el proceso de información es fundamental y es el eje central de lo que se vaya a realizar. Toda la información es brindada por el médico en relación con lo que se le va a hacer, lo que puede pasar si no se le hace, las alternativas y las expectativas de lo que puede llegar a suceder, no sin antes recordar que la actividad medica es una obligación de medios y no resultados.

AL QUINCE DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en los registros de la historia clínica.

Sobre los hechos posteriores a la cirugía del 14 de febrero de 2017.

AL DIECISEIS DE LA DEMANDA: ES CIERTO que posterior a la realización de los procedimientos quirúrgicos realizados, el paciente persistió sintomático por lo que el día 6 de marzo de 2017, ingresa a la Clínica Imbanaco por intolerancia al dolor, según consta en historia clínica, pero es de anotar que el dolor es normal. El proceso de dolor se debe explicar y ser entendido, ya que los resultados no son algo que se pueda asegurar por medio de los procedimientos médicos en las enfermedades, sobre todo en este caso, pues recordemos que la medicina es una actividad de medios y no de resultados. Las etapas que se cumplen a través de todo el proceso con el paciente, se hace cumpliendo cabalmente la lex artis con el objeto de mejorar (mas no curar porque no se puede asegurar) al paciente. Para ello, existe la necesidad de intentar diversos tratamientos que se van determinando por la evolución de la enfermedad; en este caso concreto el señor ZAPPARRATA persistió con dolor sin mejoría, pero recordemos que esto es parte de su proceso de enfermedad a la cual se le prestó la atención necesaria sin poner en ningún momento en riesgo la vida del paciente. Como se puede evidenciar a través de

la historia clínica, se le brindaron las herramientas adecuadas, el seguimiento clínico pertinente y ajustado, y se intentó mediante métodos científicos y tecnológicos intentar mejorar sus síntomas.

AL DIECISIETE DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en los registros de la historia clínica.

AL DIECIOCHO DE LA DEMANDA: ES CIERTO que en la radiografía de columna lumbosacra realizada por el doctor HUGO FERNÁNDEZ SUÁREZ, se advierte la presencia de listesis grado I sobre S1 posterior a una cirugía de corrección de espondilolistesis.

NO ES CIERTO que sea demostrativo que el objeto de la cirugía no se cumplió porque parte de la intención es evitar que la listesis o desplazamiento de la vértebra continúe.

AL DIECINUEVE DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en los registros de la historia clínica.

AL VEINTE DE LA DEMANDA: NO ES CIERTO que de acuerdo con el hallazgo de la compresión residual relacionado en la tomografía computada de columna segmentos cervical torácico lumbar, se puede colegir la presencia de un proceso inadecuado que se traduce en un fracaso operatorio en los términos planteados en el dictamen pericial rendido por el por el doctor José Jaime Acosta Montoya, adscrito al Centro de Estudios en Derecho y Salud – CENDES, porque, ¿qué se puede determinar por un fracaso operatorio? Este término lleva al análisis de un resultado y desde el punto de vista objetivo del caso en cuestión, el paciente no mejoró en cuanto al dolor, pero el proceso de dolor es un aspecto complicado en su manejo; en la realización de grandes cirugías surge la posibilidad de dolor, y por ende se necesita de fármacos analgésicos. El dolor no es frecuente que sea de origen mecánico si no funcional. Aun así, se le llevó a cirugía para tratar de mejorar el dolor porque no hubo un curso clínico claro tendiente a la mejoría. Es de anotar que NO presentó complicaciones neurológicas.

NO ES CIERTO en cuanto a lo aducido en este sentido: *"Indudablemente la compresión planteada de tipo óseo, es un fracaso operatorio. El cirujano debe con calma analizar qué pasó, conversar con el paciente y su familia, hablar de la re-intervención y llevar al paciente al quirófano con otro cirujano de confianza para que lo acompañe. Escribir en la historia del paciente qué sucedió y qué se ofreció",* ya que es una percepción subjetiva realizada por el perito debido a que él no sabe qué habló, discutió y planteó el medico/s con el paciente sobre su diagnóstico, alternativas, su plan, su evolución y demás elementos que se encuentran dentro de una relación médico – paciente.

Sobre el procedimiento quirúrgico del 10 de marzo de 2017 consistentes en exploración y descompresión del canal raquídeo (excepto segmento cervical) y raíces espinales por foraminotomía posterior, que constituye el conjunto de hechos generados del daño en perjuicio del señor Jan Carlo Zapparrata Valencia.

AL VEINTIUNO DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en los registros de la historia clínica.

AL VEINTIDOS DE LA DEMANDA: ES CIERTO PARCIALMENTE que el día 10 de marzo de 2017 el señor ZAPPARRATA fue sometido a una intervención quirúrgica de exploración y descompresión del canal raquídeo (excepto segmento cervical) y raíces espinales por foraminotomía posterior. Es de reiterar como en los hechos anteriores que, los procedimientos quirúrgicos se fueron realizando debido a que el paciente no tenía mejoría y se buscaba con estas cirugías buscar soluciones alternativas adicionales para tratar de aliviar sus síntomas, recordando que la medicina es de medios, mas no de resultado. Así mismo, las cirugías no se hicieron de manera discriminada o impertinente, siempre se realizaron con miras a la beneficencia y en pro del paciente respetando la lex artis y los principios éticos médicos.

ES CIERTO lo transcrito del acto quirúrgico según consta en los registros de la historia clínica.

AL VEINTITRES DE LA DEMANDA: NO ES CIERTO lo aducido por el perito José Jaime Acosta Montoya, adscrito al Centro de Estudios en Derecho y Salud – CENDES, en donde establece que el procedimiento de foraminotomía no fue adecuado por cuanto el objetivo de la revisión fue intentar aumentar una descompresión; es una técnica para aumentar una descompresión que tiene unas variables y limitaciones mecánicas ya que se hace bajo visión directa, la cual tiene unas limitantes con el campo visual. Es de anotar que NO se produjo una lesión de las partes, que hablaría claramente de una posible complicación que nunca se dio.

Sobre el procedimiento quirúrgico de agosto de 2017, que contribuyó al deterioro de la situación clínica del señor Jan Carlo Zapparrata Valencia. Sobre la fractura e inestabilidad del material de osteosíntesis empleado en los procesos quirúrgicos de artrodesis con instrumentación

AL VEINTICUATRO DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en los registros de la historia clínica.

AL VEINTICINCO DE LA DEMANDA: ES CIERTO que hubo hallazgo relacionado con la fractura del tornillo a nivel S1 y que se adoptó como conducta médica la revisión de la artrodesis, así como retiro del tornillo fracturado y la refusión lumbar, PERO la conducta

SI FUE ADECUADA porque falló parte del instrumental que puede hacer pensar que la causa de la falla puede ser de origen biológico, queriendo decir que el hueso que ese está formando no es suficiente en calidad o cantidad; no sólo se retira el implante que falló, si no que se trata de mejorar ese proceso de cicatrización añadiendo más hueso.

La biología del paciente es la que determina el curso final de esa consolidación, no el acto quirúrgico como tal.

Hechos relacionados con la cirugía realizada el 03 agosto de 2017 consistente en Exploración y decompresión del canal raquideo (excepto segmento cervical) y raíces espinales por foraminotomia posterior. Dx principal: Espondilolistesis. "Refusión de columna lumbar via posterior o posterolateral con injerto e instrumentación.

AL VEINTISEIS DE LA DEMANDA: ES CIERTO PARCIALMENTE que el señor JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA, nuevamente es llevado el día el 3 de agosto de 2017 a procedimiento quirúrgico por los doctores Gerardo Casas Castillo (Cirujano Principal), Mario German González Tenorio (Cirujano Auxiliar) y Gloria Cecilia Silva Gordillo (Anestesiólogo) consistente en "*Exploración y descompresión del canal raquídeo (excepto segmento cervical) y raíces espinales por foraminotomía posterior y refusión de columna lumbar vía posterior o posterolateral con injerto e instrumentación*". Es de reiterar como en los hechos anteriores que, los procedimientos quirúrgicos se fueron realizando debido a que el paciente no tenía mejoría y se buscaba con estas cirugías buscar soluciones alternativas adicionales para tratar de aliviar sus síntomas, recordando que la medicina es de medios, mas no de resultado. Así mismo, las cirugías no se hicieron de manera discriminada o impertinente, siempre se realizaron con miras a la beneficencia y en pro del paciente respetando la lex artis y los principios éticos médicos.

AL VEINTISIETE DE LA DEMANDA: ES CIERTO que continuó sintomático con dolor radicular y lumbar crónico PERO recordemos que el proceso de dolor **ES NORMAL.** El proceso de dolor se debe explicar y ser entendido, ya que los resultados no son algo que se pueda asegurar por medio de los procedimientos médicos en las enfermedades, sobre todo en este caso, pues recordemos que la medicina es una actividad de medios y no de resultados. Las etapas que se cumplen a través de todo el proceso con el paciente, se hace cumpliendo cabalmente la lex artis con el objeto de mejorar (mas no curar porque no se puede asegurar) al paciente. Para ello, existe la necesidad de intentar diversos tratamientos que se van determinando por la evolución de la enfermedad; en este caso concreto el señor ZAPPARRATA persistió con dolor sin mejoría, pero recordemos que esto es parte de su proceso de enfermedad a la cual se le prestó la atención sin poner en ningún momento en riesgo la vida del paciente. Como se puede evidenciar a través de la historia clínica, se le brindaron las herramientas adecuadas, el seguimiento clínico

pertinente y ajustado, y se intentó mediante métodos científicos y tecnológicos para intentar mejorar sus síntomas.

27.1. **ES CIERTO** según consta en los registros de la historia clínica.
27.2. **ES CIERTO** según consta en los registros de la historia clínica.
27.3. **ES CIERTO** según consta en los registros de la historia clínica.

AL VEINTIOCHO DE LA DEMANDA: ES CIERTO que se realizó el día 06 de diciembre de una implantación de electrodos de neuroestimulación espinal por laminectomía por presentar dolor lumbar con irradiación a miembro inferior derecho que persistía a pesar de recibir analgésicos, terapia física y bloqueos, anotando que la intervención logró una cobertura satisfactoria del área de dolor secundario a la patología del paciente.

Es de anotar que también se realizó un bloqueo del hiato sacro por parte del Doctor Bernardo Pérez para evitar mayor dolor y limitación, siendo el fin de este procedimiento favorable en donde la evolución del paciente en cuanto al control de los síntomas dentro de la distribución mencionada ha sido dentro de lo esperado.

AL VEINTINUEVE DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada por ser un hecho de carácter personal y de aspecto subjetivo, por lo que la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL TREINTA DE LA DEMANDA: NO ES CIERTO que, según la historia clínica de la Clínica Imbanaco y los dictámenes periciales aportados por el abogado, evidencien errores clínicos ya que son meros indicios y hechos que aún no han sido probados ni se ha fallado una responsabilidad, por lo que la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL TREINTA Y UNO DE LA DEMANDA: NO ES CIERTO que la utilización de artrodesis para la cirugía del 14 de febrero de 2017 no se encontraba soportada ni indicada en historia clínica porque SI se encontraba soportada e indicada en la historia clínica y es inherente a la cirugía de instrumentación y descompresión de la columna. La artrodesis es el acto que busca que las estructuras óseas en el paciente logren cicatrizar de forma adecuada (consolidarse) y al pegar estos segmentos, el propio cuerpo del paciente mantendrá una estabilidad mecánica y mejorará sus síntomas.

En cuanto a lo aducido sobre que para la listesis grado I los protocolos médicos convencionalmente aceptados sugieren un tratamiento conservador, y por el otro, el uso de artrodesis se encuentra indicado, generalmente para los pacientes grados III y IV de espondilolistesis y tan sólo un ochenta (80%) a noventa por ciento (90%) es usado para los casos operados, siendo demostrativo del incumplimiento a la lex artis, ya que al

paciente se le brindaron tratamientos médicos diversos SEGÚN la lex artis; se brindó tratamiento médico no quirúrgico para intentar mejorar sus síntomas de dolor pero la persistencia de su sintomatología y progreso de su enfermedad, llevó a la toma de decisiones quirúrgicas posterior a más de 6 meses de manejo médico no quirúrgico, previo a la primera cirugía, y siempre se intentó mejorar la condición clínica del paciente y su enfermedad mediante las diversas atenciones médicas científicas y tecnológicas.

AL TREINTA Y DOS DE LA DEMANDA: NO ES CIERTO lo transcrito y aducido por el perito en este hecho porque NO existió error médico ya que se llevó a cabo de forma adecuada sin presentar eventos catastróficos dentro de ella que pusieran en riesgo la vida del paciente o su funcionalidad neurológica, la cual siempre estuvo intacta. El uso de bloqueos alrededor de los implantes es una práctica clínica adecuada y usual debido a que las cirugías producen fenómenos inflamatorios, en este caso, alrededor de los nervios. La colocación de medicamentos de forma local para disminuir estos fenómenos puede no solo mejorar los síntomas, sino también proporcionar información adicional acerca de las estructuras que se bloquean.

NO ES CIERTO que hubo error debido a las agujas y por ende la complicación, porque las utilizadas están diseñadas para tener un bajo riesgo de lesión y son procedimientos guiados por imágenes para permitir una colocación de forma más precisa y con un menor riesgo de complicación.

NO ES CIERTO que hubo error en los medicamentos suministrados y por ende en la complicación, pues estos están ampliamente documentados en la literatura científica y no presentaron complicaciones asociadas a su administración (reacciones adversas medicamentosas).

NO ES CIERTO que el resultado se debió a falta de reprogramación oportuna y que por ello condujo a cirugías de rescate porque los procesos médicos y quirúrgicos tienen un tiempo de espera que no es inherente solo a la decisión quirúrgica, si no que están supeditados a las enfermedades y estas son las que determinan si la cirugía es de urgencia, emergencia o electiva. Este caso NO era ni de urgencia ni de emergencia pues el paciente no se encontraba en riesgo.

AL TREINTA Y TRES DE LA DEMANDA: NO ES CIERTO lo aducido respecto a que hubo fallas en los implantes y en su calidad, porque se colocaron implantes de la mejor calidad los cuales cumplen con todos los procesos de bioseguridad en nuestro país y en Estados Unidos de Norteamérica, ya que fue la empresa MEDTRONIC de Estados Unidos la que suministra los implantes y fueron los que se le colocaron al señor JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA. Es de anotar que esta empresa es mundialmente conocida por su innovación tecnológica así como la calidad de todos sus insumos.

La casa medica contratada en este caso fue Implantes y Sistemas Ortopédicos (ISO). Los materiales que importan y comercializan cuenta con todas las garantías y certificados de calidad que será demostrado durante el proceso y con los documentos que serán aportados como prueba pues los insumos son enviados por la empresa MEDTRONIC de Estados Unidos que cuenta con los mejores estándares de calidad.

Lo anterior se puede confirmar en:

https://www.medtronic.com/us-en/index.html

https://latinoamerica.medtronic.com/xl-es/our-company.html

AL TREINTA Y CUATRO DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada por ser un hecho de carácter personal, por lo que la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL TREINTA Y CINCO DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada por ser un hecho de carácter personal, por lo que la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL TREINTA Y SEIS DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada por ser un hecho de carácter personal, por lo que la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL TREINTA Y SIETE DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada por ser un hecho de carácter personal por lo que la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada ya que la calificación se realizó en una entidad ajena a la CLINICA IMBANACO S.A.S., y no se puede determinar de manera fehaciente por medio de esta calificación laboral, la responsabilidad directa de mi defendida por la pérdida de capacidad laboral. La parte actora deberá demostrar con prueba plena lo anterior. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

II. **A LAS DECLARACIONES Y CONDENAS**

Con fundamento en la contestación de esta demanda por considerarlas infundadas, por no existir causa, ni nexo causal ni culpa o conducta ilícita y no existir obligación alguna pendiente, nos oponemos a todas y cada una de las pretensiones y en especial a que se declare responsable a la **CLINICA IMBANACO S.A.S.** ya que se actuó de manera correcta y aceptada por la ciencia médica actual y de acuerdo a los protocolos establecidos, cumpliendo con su deber de cuidado y bajo los parámetros de la Lex Artis.

Los demandantes afirman en sus pretensiones que existieron errores en el servicio, sin embargo, no acredita ni prueba dichas afirmaciones; al respecto se debe tener en cuenta que, a la luz del artículo 167 del C.G.P., quien tiene la carga de la prueba de la culpa es el demandante, luego, si no se acredita su dicho, deberá el juzgado negar las pretensiones de la demanda.

Consecuentemente nos oponemos a que se condene a mi representada a pagar a los demandantes cualquier suma de dinero, pues el daño que alega la parte actora, no se generó por una inadecuada práctica médica y mucho menos por una actuación negligente, imprudente o imperita por parte de la Institución; pues como se manifestó al inicio se probará con la presente contestación y a lo largo del proceso que la conducta desplegada por la **CLINICA IMBANACO S.A.S.,** fue adecuada, prudente, perita, acorde con los protocolos y la Lex Artis; lo que quiere decir que actuó sin mediar culpa en ninguno de sus grados.

Se itera que todos los perjuicios solicitados deben ser probados y adicionalmente, debe acreditarse que el presunto daño tiene nexo causal con la conducta desplegada por mi mandante, y que este último actuó de manera culposa.

Mi mandante no es responsable por los supuestos perjuicios causados, tal como se demostrará en este proceso y por lo mismo, informo al Señor Juez que los rechazo de plano y solicito se les condene en costas.

III. EXCEPCIONES DE MERITO

La presente demanda no está llamada a prosperar dado que concurren excepciones de mérito que eliminan de plano la existencia de responsabilidad en cabeza de mi mandante, las cuales procedo a fundamentar a continuación como:

A. EXCEPCIONES DE FONDO

I. El RIESGO PREVISTO NO PUEDE SER IMPUTABLE AL MEDICO COMO MALA PRAXIS

En medicina, los riesgos son todos los efectos adversos que se le pueden generar al paciente durante una intervención médica, o por no someterse a ella, los cuales se le deben informar previamente al paciente, para que éste o su responsable, pueda tomar la decisión de someterse o no a la intervención.

El que se verifique un riesgo previsto no implica de manera necesaria culpa médica. El riesgo está latente en todo acto quirúrgico y por ello el cirujano busca, en forma permanente, la perfección al ejecutarlo. Sin embargo, la iatrogenia se presenta y es causa de morbilidad y mortalidad en donde el paciente resulta afectado, aunque sin intención por parte del cirujano.

En la mala praxis juegan un papel fundamental la negligencia, el descuido, la omisión o la falta de esfuerzo y formalidad necesaria para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento; en este caso no figura una conducta negligente, ni falta de seriedad o de conocimientos, de hecho, podemos encontrar que cada acto realizado por el profesional es la indicación sugerida por el tratamiento o procedimiento, pero en donde por cosas y casos del acto médico, puede terminar con una lesión o evento no esperado.

Es un acto médico involuntario que puede resultar de procedimientos médicos realizados dentro de una indicación correcta, realizados con pericia, prudencia y diligencia pero que terminan con un perjuicio imprevisto para el paciente.

El análisis de las pruebas en el presente proceso debe permitir concluir que el obrar de los médicos no puede considerarse culposo en sentido jurídico, considerando la existencia de una importante estadística que indica que tales eventos son susceptibles de suceder y que además la actividad medica es de medios y no de resultados, por lo cual no puede ser calificado como constitutivo de culpa.

Debemos traer a colación una sentencia de la **Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA Magistrado Ponente SC7110-2017 Radicación n.° 05001-31-03-012-2006-00234-01** Aprobado en Sala de veinticuatro de agosto de dos mil dieciséis Bogotá, D. C., veinticuatro (24) de mayo de dos mil diecisiete (2017), que hace referencia y reitera que la ciencia médica no es exacta y que los riesgos inherentes a los procedimientos quirúrgicos no conllevan a culpa del médico:

> *"Frecuentemente el médico se encuentra con los riesgos inherentes al acto médico, sea de ejecución o de planeamiento, los cuales son inseparables de la actividad médica, por cuanto* ***no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución.*** *Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconoce que* ***la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, apareja la existencia de ciertos***

riesgos inherentes a la realización de ciertos procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa. *La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos: de riesgo, el cual, según la RAE, es "contingencia o proximidad de un daño (…). Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro (…). Estar expuesto a perderse o a no verificarse"18; e inherente entendido como aquello: "Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello"19.*

Por lo tanto, debe juzgarse dentro del marco de la responsabilidad médica que riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligrosque se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis.

De tal manera, probable es, que el médico en la ejecución de su labor lesione o afecte al paciente; no obstante, no puede creerse que al desarrollar su actividad curativa y al acaecer menoscabos lesivos, pretenda ejecutar un daño al enfermo o, incursione por ejemplo, en las lesiones personales al tener que lacerar, alterar, modificar los tejidos, la composición o las estructuras del cuerpo humano. De ningún modo, el delito o el daño a la humanidad del doliente es la excepción; no es regla general, por cuanto la profesión galénica por esencia, es una actividad ligada con el principio de beneficencia, según el cual, es deber del médico, contribuir al bienestar y mejoría de su paciente." (Negrilla fuera de texto).

Es de advertir que los riesgos y complicaciones fueron informados antes de la realización de las cirugías en los consentimientos informados por parte de los profesionales de la salud. Esto deja en evidencia que dichos riesgos y complicaciones eran factibles que acaecieran, con conocimiento y aquiescencia del paciente confirmado con su firma en cada documento.

La Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario 3380 de 1981, se refieren a la obligación de informar, de cuya interpretación se desprende la existencia del consentimiento informado, consagrando el principio constitucional de autonomía que ampara al paciente y a la obligación de informar que tiene el médico, es decir, el consentimiento es un derecho del paciente y proporcionar la información es un deber del médico.

La jurisprudencia y la doctrina se han referido a ello, recordando el deber del profesional de brindar información al paciente, la cual debe ser clara y precisa, para que el paciente una vez cuente con el conocimiento adecuado, tome la decisión de someterse o no a determinado tratamiento; basando sus tesis en los principios de autonomía y de beneficencia. Ese consentimiento informado, deberá contener los riesgos a los que se somete el paciente con la intervención médica, y en virtud de su voluntad jurídica decida positiva o negativamente el someterse a determinada intervención; estos riesgos que tienen que ser informados por el médico, son los riesgos previstos y en el consentimiento informado se le debe informar al paciente por lo menos los de común ocurrencia, por ser estos científicamente previsibles y tener un alto índice de llegarse a concretar durante la intervención, esta información debe adecuarse a las condiciones particulares de cada paciente, mas no debe ser la síntesis de un tratado de patología.

La Ley 23 de 1981, al referirse a las relaciones médico – paciente, en los artículos 15 y 16, advirtió la necesidad del consentimiento, para realizar los diferentes tratamientos medico quirúrgicos que se requieran, así:

> "*Artículo 15. - El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.*
>
> *Artículo 16: la responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados."*

Como complemento de estas normas, el Decreto 3380 de 1981, dispone:

"Artículo 10: el médico cumple la advertencia del riesgo previsto, a que se refiere el inciso 2 del artículo 16 de la Ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente haga a sus familiares y allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica médica, pueden llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento médico.

> *Artículo 12: el médico deja constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla".*

Entre tanto, la Resolución 2003 de 2014, definió el consentimiento informado como:

"…*la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en*

el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar un acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas. En caso que el paciente no cuente con sus facultades plenas, la aceptación del acto médico la hará el familiar, allegado o representante que sea responsable del paciente".

El señor JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA se encontraba informado de todos los riesgos y complicaciones, recordando que quien firma un documento, avala que está de acuerdo con el mismo y su contenido. Igualmente, el riesgo de forma concreta en este caso, era lesión de uréter, primer riesgo que se encuentra registrado. De acuerdo a las características del paciente y su intervención, se escriben e informan los riesgos y complicaciones. Dichos riesgos fueron los registrados porque son los más frecuentes pero sin dejar atrás que también se informan los demás, y dentro del consentimiento informado en su ítem de riesgos, es claro y evidente tal como se lee, que se "*advierten de forma general los siguientes riesgos* ***NO EXCLUYENTES DE OTROS IMPREVISIBLES DE FORMA CONCRETA***" situación que NO compromete la responsabilidad de la CLINICA IMBANACO S.A.S. como Institución Prestadora del Servicio de Salud.

En cuanto a la metodología del diligenciamiento del consentimiento informado, se debe recalcar que este se imprime, se diligencia manualmente con el paciente en el consultorio, se le entrega (a todos las pacientes), se les informa que lo lean y si tienen duda le comuniquen al médico. El consentimiento para la época de los hechos, se diligenciaba a mano y se le entrega directamente al paciente, informándole sobre cómo sería la cirugía en palabras sencillas así como sus complicaciones.

El señor JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA es una persona adulta con plenas facultades mentales, con suficiente autodeterminación y nivel socio-cultural necesario (teniendo en cuenta su profesión y cargo en su empresa) para comprender en forma autónoma las implicaciones directas y colaterales que conllevaba el procedimiento quirúrgico en su persona.

A continuación, explicaremos la <u>anatomía de la columna</u> para mayor entendimiento del Despacho:

La columna está formada por 31-34 huesos (cuerpos vertebrales) que están apilados entre sí y están unidos mediante ligamentos. La columna vertebral se puede dividir en cuatro zonas diferentes según las características de sus vértebras: Columna cervical (7 vértebras), columna dorsal (12 vértebras), columna lumbar (5 vértebras) y zona sacro-coccígea (3 a 5 vértebras).

Una característica importante de nuestra columna son las curvas fisiológicas que tenemos. Si miras la columna vertebral de perfil encontrarás que tiene una forma que recuerda a una “S”. Estas dos curvaturas se conocen como cifosis y lordosis. La lordosis es esa curvatura “hundida” que tenemos en el cuello (región cervical) y en la espalda baja (región lumbar); la cifosis es la curvatura que tenemos en la parte superior de la espalda (región dorsal).

La columna lumbar está constituida por cinco vértebras (L1, L2, L3, L4 y L5). Estas vértebras son las más grandes de toda la columna vertebral y por eso pueden soportar la mayor parte del peso corporal.

Las vértebras están conectadas por su parte posterior gracias a dos articulaciones llamadas articulaciones facetarias y en el espacio que queda entre ellas se encuentra el disco intervertebral. El disco intervertebral es muy parecido a un colchón amortiguador y su función es evitar lesiones entre cada vertebral además de mantenerlas unidas.

¿Qué sucede en las vertebras lumbares cuando una espondilosis lumbar?

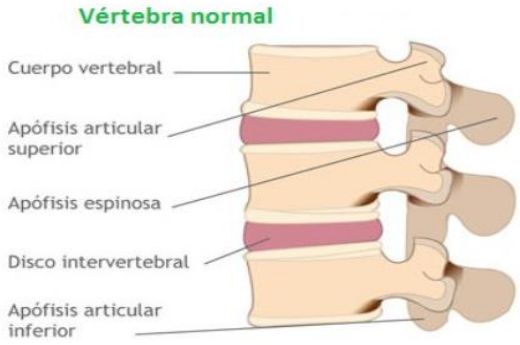
La Espondilosis vertebral lumbar más que un diagnóstico, es un término genérico que usan los profesionales de la salud para referirse a afecciones de la columna lumbar. Muchas veces la Espondilosis lumbar también se le conoce como Osteoartritis lumbar.

A medida que vamos envejeciendo ocurren diferentes cambios biomecánicos en nuestro cuerpo y estos cambios van a ir afectando la estructura de nuestra columna.

Cuando hay espondilosis lumbar puede ser debido a los siguientes cambios degenerativos:

- **Deterioro de los discos intervertebrales**: La edad y otros factores pueden generar que los discos intervertebrales reduzcan su tamaño y pierdan gradualmente el agua que contienen, esto va a producir que no puedan cumplir su función de amortiguadores y va a aumentar la probabilidad de aparición de hernias y lesiones en las superficies vertebrales.
- **Deformaciones en las articulaciones facetarias**: La degeneración de las articulaciones facetarias y el constante aumento de fricción entre vértebras produce la pérdida del cartílago articular (tejido lubricante que reduce la fricción entra las superficies articulares), y esto va a generar la aparición de los osteofitos como una forma que usa el cuerpo para protegerse de la fricción. Los osteofitos son crecimientos óseos anormales que producen dolor y limitación del movimiento normal.
- **Desgaste en los cuerpos vertebrales y ligamentos:** Los osteofitos pueden generarse en zonas donde limiten el suministro de sangre a la vértebra y por ende aumentan la degeneración en los cuerpos vertebrales al no llegar la sangre a los

tejidos. Por otro lado, los ligamentos tienen la función de mantener los cuerpos vertebrales en su posición y limitar los movimientos extremos de cada vértebra, pero los cambios degenerativos van a producir que disminuyan su resistencia.





Los osteofitos óseos articulares son proliferaciones de hueso que aparecen asociadas a procesos de artrosis o desgaste articular.

Síntomas: El principal síntoma de la espondilosis lumbar es **EL DOLOR.** Este dolor aparece en la parte baja de la espalda y algunas veces puede irradiarse a otras zonas del cuerpo como las piernas y los pies. El dolor se irradia debido al recorrido del nervio ciático, ya que cuando ocurren los cambios estructurales en las vértebras, se puede producir una compresión de los agujeros de conjunción y por ende de los nervios también, generando: dolor, debilidad muscular y sensación de adormecimiento.
Otro síntoma es la limitación de los movimientos de la columna: Esto se debe a dos factores: Un dolor muy severo o a modificaciones mayores vertebrales que imposibilita el movimiento normal.

Tratamiento: La Espondilosis lumbar al tener un origen degenerativo no es reversible. **No hay una cura definitiva**, pero sí se pueden disminuir considerablemente sus síntomas.

En resumen, la espondilosis o enfermedad discal degenerativa es la degeneración de la columna lumbar y puede causar estenosis espinal (estrechamiento del canal espinal), inestabilidad vertebral, que puede estar asociada con dolor lumbar y síntomas en la pierna.

El término espondilosis hace referencia a la degeneración de la columna vertebral. El término puede ser utilizado para describir una degeneración en:

- El cuello – llamada espondilosis cervical
- La espalda baja – llamada espondilosis lumbar
- La parte media de la espalda – llamada espondilosis torácica

Con frecuencia, el término espondilosis es utilizado para describir osteoartritis de la columna vertebral, pero también suele ser usado para describir cualquier forma de degeneración vertebral.

La espondilosis no es un diagnóstico clínico:

Como sucede con muchos otros términos que se utilizan para describir problemas de la columna vertebral, espondilosis es un término más descriptivo que un diagnóstico en sí. Literalmente, puede ser utilizado para expresar que alguien tiene tanto dolor como degeneración vertebral, independientemente de lo que está causando el dolor o dónde ocurre la degeneración.

Por ejemplo:

- Es posible que el paciente tenga dolor causado por osteoartritis de la articulación facetaria, la cual causa dolor durante períodos de mucha actividad o después de un tiempo prolongado de inactividad.
- Puede experimentar estenosis espinal, un estrechamiento anormal del canal espinal que hace que el paciente tenga dolor en las piernas al caminar.
- Es posible que el dolor sea causado por una enfermedad degenerativa del disco, en la cual el disco degenerado se deshidrata y pierde parte de sus funciones. La degeneración de disco puede causar dolor en la espalda baja y, probablemente, dolor de piernas o de brazos.

Estos ejemplos son solo unos pocos de los factores que posiblemente contribuyen al dolor del paciente.

Cirugía para la espondilosis lumbar degenerativa:

La degeneración de la columna lumbar se describe como espondilosis lumbar o enfermedad discal degenerativa y puede causar estenosis espinal (estrechamiento del canal espinal), inestabilidad vertebral, que puede estar asociada con dolor lumbar y los síntomas en la pierna. Esta revisión considera la evidencia disponible sobre los procedimientos de descompresión espinal (ampliación del canal espinal o laminectomía), descompresión de la raíz nerviosa (de uno o más nervios individuales) y fusión de las vértebras adyacentes. Hay evidencia moderada que indica que la instrumentación puede aumentar la tasa de fusión, aunque cualquier mejoría en los resultados clínicos es posiblemente marginal. La efectividad de la electroterapia intradiscal (IDET) sigue siendo de utilidad no comprobada. Sólo los resultados preliminares están disponibles para el reemplazo de disco y no es posible establecer conclusiones sobre este tema[1].

El proceso de atención realizado al señor JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA se basó en la literatura científica existente en el tema, la cual es clara en establecer que existen hay autores que aconsejan o desaconsejan técnicas y tratamientos, dejando a criterio y a la autonomía de cada médico cada caso en particular.

Sin embargo no todas las opiniones son coincidentes en este pronóstico tan favorable de las fusiones *in situ*. La tasa de pseudoartrosis[10], la progresión de la deformidad a pesar de una aparente consolidación, la persistencia del defecto cosmético[11] o de la alteración de la marcha, posibles complicaciones a largo plazo, etc., han sido y son para otros razones para intentar mejorar los resultados mediante técnicas más agresivas a pesar del mayor riesgo de complicaciones, especialmente neurológicas que ello comporta. En este sentido, ni siquiera las fusiones *in situ* sin descompresión previa están exentas de estas posibles complicaciones

[1] https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-espondilosis-lumbar-concepto-clasificacion-13066223

neurológicas graves. Se han descrito casos de síndrome de cola de caballo tras una fusión *in situ* tal vez debida al sangrado intratecal traumático o por aumento de la deformidad durante la colocación del paciente o durante el acto quirúrgico.

Las opciones terapéuticas, por tanto, son múltiples y con múltiples variables.

Las artrodesis *in situ* pueden ser con o sin descompresión, con o sin instrumentación, anteriores, posteriores o combinadas, en un tiempo quirúrgico o en más, con diferentes tipos de injertos y con diferentes tipos de implantes. Variará por tanto el tratamiento postoperatorio y su duración.

(Tomado de: Resultado a largo plazo del tratamiento quirúrgico de las espondilolistesis de alto grado - R. Cruz-Conde Delgado , P. Berjano-Coquillat , A. Rayo-Sánchez , M.. Guillén-Vicente. Coslada. Madrid.)

Actualmente, 70 años después de haberse descrito la primera técnica quirúrgica para el manejo de esta patología, el manejo quirúrgico de la espondilolistesis ha aumentado en popularidad, e incluye una gran gama de implantes[7] y técnicas quirúrgicas, sin haber una claridad en cuanto a sus indicaciones.[8]

Muchas de estas técnicas han demostrado que no modifican la historia natural de la enfermedad[9-12] y muchas veces el tratamiento quirúrgico depende de la preferencia del cirujano y no de lineamientos establecidos para el tratamiento.[13,14]

(Tomado de Revista Mexicana de Ortopedia - Tratamiento quirúrgico de la espondilolistesis degenerativa con o sin instrumentación por vía posterior Dr. Jesús Norberto Bernal-Márquez,* Dr. Stefan Martínez-Van Gils*)

La bibliografía se adjunta a este escrito para mayor entendimiento del señor Juez.

Con lo anterior se puede corroborar que el señor JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA fue debidamente estudiado y llevado a cirugía, realizándole una laminectomia y fijación transpedicular l5-s1 bilateral. Una semana más tarde continúa sintomático y después de no lograr nuevamente el control de los síntomas, es llevado por segunda vez a revisión de instrumentación transpedicular y descompresión. El paciente presentó desde entonces un dolor con características claramente neuropáticas que comprometía tanto la región lumbar como el miembro inferior derecho. Inició compromiso contralateral de miembro inferior izquierdo y fue llevado a bloqueo simpático lumbar sin respuesta

favorable. A pesar de haber recibido todas las opciones de tratamiento disponibles, persistía sintomático con diagnóstico de espalda fallida y dolor regional complejo refractarios al tratamiento médico, por lo que se llevó a estimulación espinal.

El bloqueo de plejo lumbosacro y neurolisis de plejo lumbar por parte del Doctor Darío Fuertes se realizó porque tenía indicación debido a que persistían los síntomas de dolor referidos por el paciente, es decir el señor JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA continuaba sintomático pese a los manejos adecuados y pertinentes previos. El procedimiento fue sugerido para mejorar el dolor que padecía a causa de su diagnóstico de espondilolistesis.

Reiteramos que SI se le dieron soluciones y alternativas no quirúrgicas; dicho proceso de decisión quirúrgica no se tomó de manera inmediata, pues fue analizada y consultada por la nula respuesta a lo que se venía manejando. El paciente tenía un dolor radicular, por lo cual se interconsultó con Hospital sin Dolor. Recordemos que las cirugías no aseguran una solución al dolor per se y para ello, y por eso, existe el Hospital sin dolor. A este escrito se adjunta una guía de literatura científica respecto a manejo de dolor crónico y que será explicado ampliamente por parte de los testimonios en este caso la Doctora María Mercedes Fajardo y el Doctor Rubén Serrano especialistas en el materia.

En cuanto a los exámenes diagnósticos que se le realizaron:

En la radiografía de columna lumbosacra realizada por el doctor HUGO FERNÁNDEZ SUÁREZ, se advierte la presencia de listesis grado I sobre S1 posterior a una cirugía de corrección de espondilolistesis pero NO ES CIERTO que sea demostrativo que el objeto de la cirugía no se cumplió porque parte de la intención es evitar que la listesis o desplazamiento de la vértebra continúe. Listesis significa desplazamiento de un cuerpo vertebral sobre otro, en este caso en el nivel Lumbar 5 (L5) sobre sacro 1 (S1). se describe que hay material de osteosíntesis o de fijación ubicado en el área posterior de la columna vertebral (barras y tornillos transpediculares) en el nivel L5-S1. En la vértebra L5 se ha retirado parte de los elementos que la componen en el aspecto posterior.

El 01 de marzo de 2017 se tomó tomografía computada de columna segmentos cervical torácico lumb con estos resultados:

> "*Estructuras óseas visualizadas de densidad y patrón trabecular normal.*
> *Rectificación de columna lumbosacra, con pérdida de la curvatura lordótica normal.*
> *La altura de los cuerpos vertebrales se preserva.*
> ***Anterolistesis grado II de L5 sobre S1, secundario a espondilolistesis bilateral de L5 con fijación externa, observando los tornillos transpediculares L5-S1 con barras de fijación posterior,***

Disminución en la amplitud del espacio intervertebral L5-S1, con esclerosis de platillos vertebrales y ***fenómeno de vacío por discopatía degenerativa****.*
Articulaciones facetarias de apariencia normal.
Abombamiento difuso del anillo fibroso en los niveles L4-L5 y L5-S1, sin efecto compresivo significativo para el canal central.
Estenosis foraminal bilateral L5-S1 con pérdida de la grasa peri-radicular, hallazgo que puede justificar efecto compresivo para raíces emergentes."

Anterolistesis grado II significa que hay un desplazamiento anterior de la vértebra L5 entre un 26% y un 50% sobre la vértebra S1 secundario a espondilolisis (ruptura de una porción de la vértebra llamada pars articularis) que genera inestabilidad y condiciona la espondilolisis. Se describe el material de osteosíntesis para fijar estas dos vértebras.

Fenómeno de vacío significa que el núcleo pulposo o porción central del disco intervertebral, ha sido reemplazado por aire, secundaria a cambios degenerativos del disco y la articulación entre estas dos vértebras.

Esto será explicado en mayor detalle por el Doctor Gabriel Salom en su testimonio.

El día 06 de diciembre de 2018 se realizó una implantación de electrodos de neuroestimulación espinal por laminectomía por parte del Doctor Bernardo Pérez por seguir presentando dolor lumbar con irradiación a miembro inferior derecho que persistía a pesar de recibir analgésicos, terapia física y bloqueos. De no haberse realizado esta cirugía, la sintomatología continuaría y esperaría aumentarse. Es de anotar que, en el momento, no existían otras alternativas de tratamiento.

La intervención logró una cobertura satisfactoria del área de dolor secundario a la patología del paciente y no se esperaba algo diferente; el control parcial de la sintomatología que indicó la intervención.

El día 15 de octubre de 2019 se llevó a cabo un bloqueo del hiato sacro[2] por parte del Doctor Bernardo Pérez. El señor JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA fue evaluado

[2] La infiltración epidural caudal es actualmente una de las técnicas de analgesia regional que se usa con más frecuencia para el dolor crónico lumbar.Esta infiltración consiste en una inyección con una mezcla de anestésicos locales y corticoides en el espacio epidural en la parte baja del canal raquídeo en la región sacra. La principal indicación son el dolor lumbar irradiado a extremidades inferiores ligadas al canal lumbar estrecho, a discopatías y a pacientes con fibrosis postoperatorias.

La mejoría que experimenta el paciente se debe al efecto antiinflamatorio (corticoides revierten la cascada bioquímica y enzimática secundaria a inflamación local); al efecto mecánico (por descompresión de una estructura nerviosa por el volumen del líquido inyectado) y porque mejora la vascularización local y produce analgesia.

en septiembre 16 de 2019 por recaída del dolor en miembros inferiores, cadera, piernas. Por presentar este cuadro de manera repetida, se realizó este bloqueo, procedimiento indicado por el compromiso descrito por el paciente y los antecedentes quirúrgicos del mismo.

De no haberse llevado a cabo este procedimiento, el paciente presentaría mayor dolor y limitación. El fin y plan de la cirugía fue favorable sin esperar un resultado diferente fuera del área de los síntomas descritos y la evolución del paciente. En cuanto al control de los síntomas dentro de la distribución mencionada, fue dentro de lo esperado.

El eje central de la presente demanda se reduce a establecer si los padecimientos en cuestión obedecían a un riesgo inherente a los procedimientos aplicados, o si es suficiente para concluir la ausencia de una atención médica adecuada, diligente y cuidadosa. Desde el juramento hipocrático, los médicos deben orientar la práctica médica en función de los principios de beneficiencia y de no maleficiencia o primun non nocere del paciente. El primero, dirigido ayudar de manera positiva a su bienestar; y el segundo, a evitar que su daño físico o síquico se incremente.

En la demanda instaurada no se probó la culpa de los médicos pues la ocurrencia de un riesgo en una cirugía por sí sola, no acredita mala práctica ni culpa.

En el punto, resulta cuestionable que haya lugar a responsabilidad civil derivada del acto médico, cuando se materializa un riesgo que es propio, natural o inherente al procedimiento ofrecido. En estos casos, el daño causado no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culposo, más aun teniendo en cuenta la literatura científica sobre el tema.

Por último, se actuó con diligencia en todos los Servicios de la Clínica Imbanaco porque el paciente recibió desde su ingreso todos los tratamientos tecnológicos, farmacológicos, de personal (especialidades) y de infraestructura, desde el mismo momento del ingreso de forma pertinente, oportuna y continua.

II. EL ACTO MEDICO SE CUMPLIÓ CABALMENTE CONFORME A LA LEX ARTIS Y LA DISCRECIONALIDAD CIENTIFICA

Dentro del ejercicio de la actividad médica, la ley y los protocolos médico-científicos exigen del médico el cumplimiento de la lex artis, consistente en el conjunto de reglas, lineamientos, guías y recomendaciones que se encuentran en la doctrina médica universalmente aceptada y que obedece a cada tipo de especialidad médica, esta artis es de obligatorio cumplimiento y debe ser considerada para determinar si el comportamiento del profesional de la medicina es adecuado o no, de acuerdo a las

exigencias del caso específico y durante el tratamiento médico. Lo anterior significa que la intervención médica, además de tener como objeto la curación del paciente, debe ejecutarse conforme a las reglas médicas; el jurista y tratadista (Lombana Villalba, 2007) aborda el concepto de la lex artis así: "*La lex artis se encuentra en la literatura médica, la cual describe lo que ha de ser la técnica a seguir en cada una de esas hipótesis, teniendo en cuenta la idiosincrasia y particularidades del respectivo paciente*".

La Lex Artis se emplea para referirse a un cierto sentido de apreciación sobre si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta o se ajusta o no a lo que debe hacerse; en definitiva, si corresponde con la actuación de un buen profesional, un buen técnico o un buen artesano. Es decir, se intenta calificar si la actuación del profesional se ajusta al concepto de excelencia en el momento en que se juzga dicha actuación. La Lex Artis se aplica para la medición de la obra o el resultado obtenido por un profesional. "...*Es el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación a actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado*[3].".

Según la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación (SCARE), la Lex Artis en el ejercicio de la medicina consiste en un estricto acatamiento de las disposiciones técnicas y científicas de la ciencia médica, siendo ésta la que nos permite averiguar si en determinada actuación un médico incurrió en una mala práctica, es decir, en una falta que lo haga incurrir en responsabilidad.

En este caso concreto, los profesionales de la salud desplegaron su actuación médica ajustada a la lex artis al realizar las cirugías en el señor JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA según su diagnóstico y dolencias y que a pesar de que los médicos ejecutaron sus actos médicos según la lex artis, no debemos dejar de lado que el riesgo está latente en todo acto quirúrgico y por ello el cirujano busca, en forma permanente, la perfección al ejecutarlo. Sin embargo, las complicaciones se presentan y el paciente resulta afectado, aunque sin intención por parte del cirujano. Reiteramos, tal como lo establece la literatura, todo procedimiento quirúrgico puede conllevar a riesgos y complicaciones ilustradas en las guías científicas y ninguna cirugía o paciente está exento de ello.

Traemos nuevamente a colación la sentencia de la **Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA Magistrado Ponente SC7110-**

[3] Morales, MC. Alegato de Conclusiones. Proceso de Demanda Médica. Juzgado V Civil del Circuito de Santafé de Bogotá. 1993.

2017 Radicación n.° 05001-31-03-012-2006-00234-01 Aprobado en Sala de veinticuatro de agosto de dos mil dieciséis Bogotá, D. C., veinticuatro (24) de mayo de dos mil diecisiete (2017) en donde menciona el estudio de la lex artis:

> *"Al mismo tiempo la profesión se liga profundamente con una obligación ética y jurídica de abstenerse de causarle daño, como desarrollo del juramento hipocrático, fundamento de la lex artis, que impone actuar con la diligencia debida para luchar por el bienestar del paciente y de la humanidad, evitando el dolor y el sufrimiento. Ello no significa soslayar los errores. Estos pueden ser excusables e inexcusables. En el ámbito de estos últimos, se hallan los groseros, los culposos, los faltos de diligencia y cuidado, y por tanto injustificados, motivo por el cual resultan abiertamente inexcusables y consecuencialmente, reparables "in natura" o por "equivalente", pero integralmente. Todos los otros resultan excusables.*
>
> *En estas lides, cuando ha existido lesión, y simultáneamente se demuestra negligencia en el facultativo, debe hallarse un baremo o límite, el cual se halla en la normalidad que demanda la Lex Artis, a fin de disponer cuando fuere del caso lo consecuente con el extremo pasivo, y determinar el momento en que se incursiona definitivamente en el daño antijurídico. El criterio de normalidad está ínsito en la lex artis, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida.* ***En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre endefinitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico. Aquí nos adentramos en el campo del criterio del riesgo general de la vida o del riesgo permitido. No deben ser imputados al demandado aquellos daños que sean materialización de los riesgos normales o permitidos en la vida en sociedad.*** *Así por ejemplo, el ¿ingreso de una persona en el hospital para curarse de una agresión, sin embargo, cuando sale le cae una teja, implica una relación causal entre la agresión y la teja? ¿Si no hubiera sido agredido, la teja no le hubiera caído? ¿En este evento, existe una materialización del riesgo normal o general?* ***En consecuencia, los errores cobijados por el marco de excusabilidad, se relacionan con los que ocurren a pesar de la idoneidad y de la experiencia médica, punto en el cual, es bueno señalar que los médicos, están guiados, en general, por un régimen de obligaciones de medios (salvo algunas excepciones), no son infalibles, porque muy a pesar suyo y del cuidado, es probable, el paciente resulte lesionado****."* (Negrilla fuera de texto).

La ciencia médica hace parte del progreso moderno y si se ejerce dentro de la lex artis, como sucedió en este caso concreto, no cabe formular un juicio de reproche, así no se produzca el resultado esperado. En ningún momento los médicos de la Clínica Imbanaco realizaron una acción por fuera de lo normal o contraria a la lex artis y la parte demandante no lo argumentó ni probó.

> *"Sobre el particular, ROXIN2 señala que este aspecto marca el punto desde el que se avanza a la edificación de la imprudencia. Con ese propósito, si bien en algunos casos eficiente suele ser la revisión del cumplimiento de las reglamentaciones sanitarias que rigen determinada práctica, atendiendo el carácter dinámico de esta ciencia y la multiplicidad de actividades terapéuticas y asistenciales que para el tratamiento de cada patología coexisten, lo indispensable es acudir a los parámetros de la lex artis – objetivos, consensuados, vigentes y verificables- y determinar, si el método o técnica científica aplicada por el galeno, así parezca ortodoxo o exótico –que no experimental o improvisado y en todo caso avalado por la comunidad científica-3 , satisfizo la expectativa de recuperación, curación o aminoración de la aflicción, trazada desde un inicio y si por consiguiente, el bien jurídico protegido se mantuvo a salvo.*
>
> ***La jurisprudencia de la Sala ha reconocido que los actos propios de la práctica médica naturalmente acarrean riesgos y estos pueden generar daños personales**; los riesgos asumidos por el profesional de la salud serán penalmente relevantes si para su producción ha mediado la violación del deber objetivo de cuidado por parte de aquel. **De manera correlativa, no lo serán cuando el daño ha sido generado dentro del riesgo permitido y la observación de la lex artis.** Así lo ha dicho la jurisprudencia de la Sala en el pronunciamiento citado en acápite anterior (CSJ, SP, sentencia del 11 de abril de 40 Casación 41245 José Édgar Duque Echeverry 2012, rad. 33920, reiterada en sentencia del 6 de junio de 2013, rad. 38904.).*
>
> *Entendida la lex artis como el conjunto de reglas científicas o de la experiencia, verificables y actuales, que integran el conocimiento aprobado por la comunidad científica, es preciso decir, junto a la representante del Ministerio Público, que **estas no pueden ser rígidas y aplicables por igual para todos los casos; su implementación e idoneidad dependerá de las circunstancias concretas que singularizan cada caso: no solo por la complejidad inherente al propio acto médico, sino también por las características del profesional que lo lleva a cabo (su especialidad, experiencia, criterio), la incidencia en los posibles resultados de ciertos factores como los antecedentes del propio paciente -incluidos los familiares-, los obstáculos o facilidades que ofrezca la organización sanitaria y la trascendencia vital que para el paciente conlleven las consecuencias del acto médico**."* (Negrilla fuera de texto).

El profesional de la salud cumplió con todo lo anterior, así como con todas las etapas del acto médico:

(i) Información: En esta etapa el/los médicos tienen la obligación de brindar información clara y precisa al paciente, de lo contrario tendrá que responder por lo que no informe o haya informado erróneamente. Etapa cumplida por todos.
(ii) Diagnóstico: Basada en los conocimientos del médico y apoyada en los exámenes clínicos. Etapa cumplida por todos.
(iii) Consentimiento Informado: Es en esta etapa donde se concentra la presente investigación, es aquí donde el paciente otorga su consentimiento para que se le practique la intervención y es el momento en el que el médico debe informar los riesgos previstos de manera clara y precisa. Etapa cumplida por todos.
(iv) Terapéutica o Quirúrgica: En esta se realiza la intervención como tal, es la ejecución del tratamiento, terapia o la cirugía; aquí el medico no se compromete a un resultado deseado, su obligación se satisface haciendo todo lo necesario para adquirir lo presupuestado. De hecho, se cumplió la etapa de alternativas aparte de cirugías de 6 meses de manejo de dolor incluidos bloqueos. Etapa cumplida por todos.
(v)Post Terapéutica o Post Quirúrgica: Seguimiento de la evolución del paciente, la responsabilidad del médico permanece durante el periodo crítico después de la intervención. Etapa cumplida por el equipo de salud.

En resumidas cuentas, la Lex Artis viene a constituir el marco legal, ético, técnico y científico especifico dentro del cual se debe circunscribir un acto médico desplegado por el profesional de la salud en atención al diagnóstico del paciente destinatario de la actuación médica, la oportunidad, medios requeridos y disponibles para su ejecución, así como la cualificación profesional del médico/s que la despliegan.

Las disposiciones legales incluidas en el enunciado de esta excepción de mérito, el médico tratante, equipo de salud, y consecuencialmente, la CLINICA IMBANACO S.A.S., no son responsables pues el tratamiento, manejo e intervenciones del paciente, fueron llevados a cabo con sujeción a la Lex Artis en el ejercicio de la medicina.

La parte demandante NO probó lo anterior ni lo soportó basado en guías y literatura científica sobre el tema y diagnóstico del paciente; sólo se limitó a repetir lo informado en el dictamen pericial rendido, el cual está sujeto a contradicción.

III. EL ACTO MEDICO ES UNA OBLIGACIÓN DE MEDIO NO DE RESULTADO

El acto médico, en el cual se concreta la relación médico-paciente es una forma especial de relación entre personas; por lo general una de ellas, el paciente, acude motivada por una alteración en su salud, a otra, el médico, quien está en capacidad de orientar y sanar,

de acuerdo a sus capacidades y al tipo de enfermedad que el primero presente. A través del acto médico se intenta promover la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente. El médico se compromete a poner todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento (médico o quirúrgico), actuando con apoyo en sus conocimientos, su adiestramiento técnico y su diligencia y cuidado personal es para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo.

La obligación y responsabilidad del médico es de medio y se encuentra constituida por vía jurisprudencial, doctrinal y legal en su Decreto 3380 de 1981 en su artículo 13:

> *"Artículo 13. Teniendo en cuanta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico."*

Traemos nuevamente a colación la sentencia de la **Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA Magistrado Ponente SC7110-2017 Radicación n.° 05001-31-03-012-2006-00234-01** Aprobado en Sala de veinticuatro de agosto de dos mil dieciséis Bogotá, D. C., veinticuatro (24) de mayo de dos mil diecisiete (2017) en donde hace referencia a las obligaciones de medio en la actividad médica:

> *"En el campo contractual, la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las "estipulaciones especiales de las partes" (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico paciente como de medios.*
>
> *La conceptualización es de suma importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento.* ***Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico****, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.*
>
> *Como tiene explicado la Corte, "(…) [s]i, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente,*

que le causa un perjuicio específico, éste debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquél en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que, con estricto apego al contenido del contrato, pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado" 1 (subrayado fuera de texto).

En coherencia, para el demandado, el manejo de la prueba dirigida a exonerarse de responsabilidad médica, no es el mismo. En las obligaciones de medio, le basta demostrar debida diligencia y cuidado (artículo 1604-3 del Código Civil); y en las de resultado, al presumirse la culpa, le incumbe destruir el nexo causal entre la conducta imputada y el daño irrogado, mediante la presencia de un elemento extraño, como la fuerza mayor o el caso fortuito, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero.

La diferencia entre obligaciones de medio y de resultado, por tanto, sirve para facilitar y solucionar problemas relacionados con la culpa contractual médica y su prueba, sin perjuicio, claro está, de otras reglas de morigeración, cual ocurre en los casos de una evidente dificultad probatoria para el paciente o sus familiares, todo según las circunstancias en causa, introducidas ahora por el artículo 167 del Código General del Proceso.

En esa dirección, la Corte también ha asociado la aleatoriedad del fin perseguido, según el grado de ocurrencia, al decir que "(…) en las obligaciones de medio el azar o el acaso es parte constitutiva de su contenido, y el resultado no depende directa y necesariamente de la actuación diligente del deudor, *mientras que, por el contrario, en las obligaciones de resultado lo contingente está presente en una mínima proporción, de manera que la conducta del obligado debe ser suficiente para obtener el logro esperado por el titular del derecho de crédito.*

De ahí, sin abandonar el contenido prestacional asumido, ***en las obligaciones de medio el médico cumplirá su deber desplegando la actividad impuesta por la lex artis, independientemente del fin perseguido;*** *y si son de resultado, por así haberse pactado expresamente, habrá cumplimiento cuando el acreedor obtiene las expectativas creadas. En las primeras, por tanto, el objeto de la obligación es una conducta idónea, al margen del éxito esperado, como sí acaece en las últimas."* (Negrilla fuera de texto).

La medicina es una ciencia caracterizada por la inexactitud, "*cuestión ésta que impone a los funcionarios encargados de adelantar los procesos relacionados con hechos propios del ejercicio de las profesiones de la salud, un deber de evitar a toda costa el realizar juicios de valor retrospectivos e igualmente el evitar que los colaboradores de la administración de justicia, como lo son los peritos, lo hagan, toda vez que dichos juicios en procesos de responsabilidad médica resultan totalmente irregulares desde el punto de vista jurídico. Lo anterior, teniendo en cuenta que al realizar estos juicios retrospectivos, el operador jurídico al realizar la valoración de la conducta médica, se sitúa al final de los hechos y con los resultados de los mismos en sus manos, encontrando siempre el camino que se ha debido seguir desde un principio por el profesional de la salud, elementos con los que obviamente no cuenta éste último al momento de la ocurrencia de los hechos, quien por el contrario, con base en la información médica y clínica aportada en ese preciso momento, debe elegir el camino a seguir. Debe entonces situarse necesariamente el operador jurídico, en el momento de realizar la valoración de la conducta desplegada por el profesional de la salud, en las reales circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se encontraba el investigado en el momento de la ocurrencia de los hechos objeto de investigación*." (Revista Médico Legal, Numero 3 de 2006 Pagina 29, Bogotá, Colombia.)

De esta manera, al realizar una valoración a partir del resultado final, se están realizando *juicios retrospectivos* que no son permitidos en el análisis de este tipo de conductas, en sentido contrario, deben realizarse juicios *ex ante,* esto es que el operador judicial valore la conducta *ex ante,* es decir situándose en el momento de la atención, momento en el cual se deben analizar los signos y síntomas del paciente, y puede realizarse un diagnóstico que si bien con base en el resultado final podía no ser el adecuado, sí eraperfectamente adecuado, reitero, en una valoración *ex ante.* Asumir una posición que parte del resultado implicaría de cierta forma, exigir a los médicos obligaciones de resultado frente al diagnóstico, lo cual es inaceptable desde todo punto de vista.

Esta forma de razonar haciendo juicios ex post, esto es, hacer análisis retrospectivos una vez ya se conoce el resultado presentado, están proscritos por nuestra Jurisprudencia, incluso, abiertamente se ha sostenido que existen eventos que escapan por completo el actuar médico y por lo tanto, desvirtúan la responsabilidad y el nexo causal sobre el daño pues no resulta posible en muchos casos establecer diagnósticos o actuaciones desplegadas, por lo que debe entonces el Juzgador evaluar el caso EX ANTE.

Teniendo en cuenta que la obligación del médico es de medios, y teniendo como propósito la consecución de lograr y disminuir el dolor del paciente en razón a su diagnóstico de espondilosis, se puede constatar que se hizo todo lo posible para alcanzar dichos propósitos con alternativas como manejo del dolor y finalmente con realización de cirugías. En las obligaciones de medio, el azar o el acaso es parte constitutiva de su

contenido, el resultado no depende directa y necesariamente de la actuación diligente del deudor.

El médico solo podrá ser responsable por los incumplimientos de sus obligaciones de medio la cual se encuentra consagrada en el artículo 104 de la ley 1438 de 2011, el cual reza: “”*Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional*.”

Como las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado, la conclusión es que no se estructuró la responsabilidad aducida en el libelo de la demanda, toda vez que para ello sería necesario que, en la ejecución de las obligaciones a su cargo, se hubiera obrado con culpa y en este caso, el profesional de la salud, el Doctor Gerardo Casas, el Doctor Dario Fuertes y demás equipo de salud, cumplieron cabalmente con sus obligaciones de manera diligente, perita y ajustada a la lex artis.

Por esta razón, se debe declarar probada la presente excepción, ya que, para el demandante, tratándose de obligaciones de medio, le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, situación que **NO SE ARGUMENTÓ O PROBÓ POR LA PARTE DEMANDANTE LA NEGLIGENCIA O IMPERICIA** de los profesionales de la salud.

IV. CUMPLIMIENTO DE PRINCIPIOS DE BENEVOLENCIA O NO MALEFICENCIA POR PARTE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Los médicos en este caso optaron por el plan de manejo, después de que la alternativa de manejo de dolo no se logró, de cirugías pertinentes y adecuadas a su diagnóstico y sintomatología.

En reciente Sentencia de este año de la **Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia SC-38472020 (05001310301220130009201), Oct. 13/20,** en relación a los procesos de responsabilidad civil médica, estableció:

> *“4.1.1. La prestación de los servicios de salud se halla atada a los principios de benevolencia y no maledicencia o primun non nocere. Al estar ligados con una obligación ética y jurídica, implica que los distintos agentes involucrados deben contribuir no solo al bienestar de los pacientes, sino a evitar que el daño físico o síquico se incremente.*

La formación teórica, la práctica rigurosa y la actualización permanente de los médicos, asegura que sus decisiones las adoptan en beneficio de los enfermos para evitar perjuicios innecesarios en su integridad física y moral. Los principios anotados, en consecuencia, conminan a los profesionales de la salud a optar siempre por los procedimientos y alternativas terapéuticas menos dolorosas y lesivas para los pacientes y usuarios de los servicios.

Lo dicho presupone, en general, que el actuar médico se realiza con diligencia y cuidado. Por esto, los menoscabos o las lesiones causadas a la salud, también en línea de principio, se entienden que son excusables. Las excepciones se refieren a las faltas injustificadas (groseras, culposas, negligentes o descuidadas), eventos en los cuales deben ser reparadas íntegramente «in natura» o por equivalencia.
Para el efecto, precisamente, corresponde a quien demanda la declaración de responsabilidad y la correspondiente condena: 1. Desvirtuar los principios de benevolencia o no maledicencia. 2. Según la naturaleza de la responsabilidad en que se incurra (subjetiva u objetiva), o de la modalidad de las obligaciones adquiridas (de medio o de resultado), mediante la prueba de sus requisitos axiológicos. En particular, probar la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad. En todo caso, no basta la afirmación del actor carente de los medios de convicción demostrativos de los hechos que se imputan.

Ello se acompasa con el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, alusiva al talento humano en salud, modificado por el canon 104 de la Ley 1438 de 2011, según el cual, la relación médico-paciente «genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional». Todo, claro está, sin perjuicio de las "estipulaciones especiales de las partes" (artículo 1604, in fine, del Código Civil), en una evidente distinción con las obligaciones de resultado.

Como tiene sentado la Corte, «[s]i, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio específico, éste debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquél en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la

reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que, con estricto apego al contenido del contrato, pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado».

La conceptualización reviste importancia con miras a establecer las cargas probatorias de los supuestos de hecho normativos y de las consecuencias jurídicas de su incumplimiento. En punto de las obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia, impericia o falta de cuidado de los facultativos, mientras en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.

El manejo de la prueba para obtener la exoneración de responsabilidad médica, por lo mismo, es distinta. En las obligaciones de medio, al demandado le basta demostrar diligencia y cuidado (artículo 1604-3 del Código Civil). En las de resultado, al descontarse el elemento culpa, le corresponde destruir el nexo causal entre la conducta imputada y el daño irrogado, mediante la presencia de un elemento extraño, como la fuerza mayor o el caso fortuito, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero.

La diferencia entre las obligaciones de medio y las de resultado, en definitiva, sirve para facilitar y solucionar problemas relacionados con la culpa galénica y su prueba. Desde luego, sin perjuicio de otras reglas de morigeración, como ocurre en los casos de una manifiesta dificultad probatoria para el paciente o sus familiares, introducidas ahora por el artículo 167 del Código General del Proceso, las cuales deben ser evaluadas en cada caso concreto. El baremo o límite para establecer responsabilidad médica, en todo caso, lo constituye el criterio de normalidad emanado de la lex artis. El desbordamiento de esa idoneidad ordinaria, por demás, cualificada, es lo que debe ser objeto de reproche y, por ende, de resarcimiento. Según sea el caso, por infracción de las pautas de la ley, de la ciencia o del respectivo reglamento médico."

Los médicos y el equipo de salud de la CLINICA IMBANACO S.A.S. dentro de su práctica profesional, ejercen y practican el principio de benevolencia, el principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para sus pacientes, siempre buscando su bienestar por encima de cualquier circunstancia.

Tomando como referencia la presente Sentencia de la Corte Suprema de Justicia, le corresponde a quien demanda la declaración de responsabilidad y la correspondiente

condena, realizar lo siguiente:

1. Desvirtuar los principios de benevolencia o no maledicencia.

2. Lo anterior según la naturaleza de la responsabilidad en que se incurra (subjetiva u objetiva) o de la modalidad de las obligaciones adquiridas (de medio o de resultado), mediante la prueba de sus requisitos axiológicos.

En particular, debe probar la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad, así como la culpabilidad, toda vez que **no basta la afirmación del actor carente de los medios de convicción demostrativos de los hechos que se imputan.**

Por esta razón, se debe declarar probada la presente excepción, ya que para el demandante tratándose de procesos de responsabilidad médica, le incumbe desvirtuar los principios de benevolencia o no maledicencia del médico, situación que **NO SE REALIZÓ POR LA PARTE DEMANDANTE.**

V. EL EQUIPO MÉDICO DISPUESTO PARA LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE NO INCURRIÓ EN ERROR DE CONDUCTA NI EN OMISIÓN PROFESIONAL, CONSECUENTEMENTE SE PROPONE COMO EXCEPCIÓN LA INEXISTENCIA DE RELACIÓN DE CAUSA A EFECTO ENTRE LOS ACTOS DE CARÁCTER INSTITUCIONAL, LOS ACTOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y EL RESULTADO INSATISFACTORIO.

Siendo la ciencia médica, una ciencia inexacta por naturaleza, al ser ciencia valorativa, así puede ocurrir en muchos casos que ante un mismo paciente con determinados síntomas varios médicos ofrecen diagnósticos distintos, inexacta por la normal interferencia en la curación, de circunstancias generalmente imprevisibles como calidad de los medicamentos, resistencia del enfermo, respuesta del organismo, estado de la enfermedad, etc.

Recordemos que la conducta que se implementa al ir precedida de un juicio de valor, no puede hacerle exigible la infalibilidad, dado el grado de discrecionalidad que tienen los profesionales en la elección de los diferentes medios conocidos por la ciencia médica. El médico, dado el criterio de discrecionalidad científica debe gozar de plena libertad para elegir el tratamiento correcto emprendiendo las iniciativas que estime correctas. Someter tal conducta al posterior control judicial para determinar si cumplió o no, comprobar si hubo o no culpa, expone la actividad médica al riesgo de coartar la libre elección e iniciativa del profesional.

En ese sentido el jurista Alier Hernández coincide en el planteamiento cuando al hacer pronunciamiento expresó:

"(…) Cuando se conoce la causa de muerte o la lesión sufrida por el paciente, puede decirse que resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica ex post, ya que no es difícil encontrar en la mayor parte de los casos, los signos que indicaban el diagnóstico correcto. Por esta razón, el fallador no debe perder de vista que, al momento de evaluar al paciente, el médico esta ante un juicio incierto, ya que la actividad de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática. Sobre este punto, el profesor Ataz López previene sobre la imposibilidad de imponer a los médicos el deber de acertar(…)". (Sentencia del 7 de diciembre de 2004, Expediente 744)

De acuerdo con el criterio científico, la atención de parte de los profesionales de la salud y el equipo médico de la CLINICA IMBANACO dentro de los parámetros científicos indicados, el manejo corresponde a lo que indica la ciencia médica para el caso específico, siendo idóneo en su campo, luego los hechos sobrevinientes no se pueden enmarcar dentro de la terminología jurídica de daño. Analizados los medios utilizados, se encuentra que estos estuvieron debidamente empleados, lo que significan es que no hay evidencia que permita considerar que el profesional, obrara de forma imperita, negligente o imprudente, o violando reglas de cuidado, por el contrario, en la historia clínica existen suficientes elementos para concluir que su conducta fue adecuada y diligente, acorde a la expectativa de comportamiento para el momento de proceder.

Por esta razón, se debe declarar probada la presente excepción.

VI. EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA SE RIGE POR LA CULPA PROBADA DE ACUERDO AL ARTÍCULO 167 DEL C.G.P. – INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR AUSENCIA DE CULPA.

Se formula esta excepción, en virtud de que la responsabilidad del médico se determina por la culpa probada; correspondiéndole en dicha medida a la parte que alega la negligencia (Culpa), atender la carga probatoria, dado que aunque la relación sea de tipo contractual, la obligación contenida en el contrato se servicios médicos, corresponde a una obligación de medios.

Siguiendo la línea argumentativa, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha señalado que al demandante no le es suficiente con demostrar que su estado de salud no mejoró o que empeoró luego de la intervención del profesional de la salud, precisó que es indispensable:

"(…) Ahora bien, teniendo en cuenta que las obligaciones que se desprenden del acto médico propiamente dicho son de medio y no de resultado, al demandante

no le es suficiente con demostrar que su estado de salud no mejoró o que empeoró luego de la intervención del profesional de la salud, puesto que es posible que, pese a todos los esfuerzos médicos, el paciente no reaccione favorablemente al tratamiento de su enfermedad. Por tal motivo, la jurisprudencia ha señalado de forma reiterada que en los casos en los que se discute la responsabilidad de la administración por daños derivados del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, ***la parte actora tiene la carga de demostrar la falla del servicio atribuible a la entidad****. (…)"*(Negrilla fuera de texto).

Bajo tal contexto, para que proceda la condena por la responsabilidad de las entidades que prestan servicios de salud, se requiere en primer lugar que se pruebe efectivamente su culpa y consecuentemente el nexo de causalidad entre esa culpa y los perjuicios alegados.

Todo lo anterior, aterrizado a la presente demanda, dentro de sus hechos y los documentos aportados como sustento de la misma, no se evidencia la existencia de un actuar negligente por parte de la CLINICA IMBANACO S.A.S., menos aún de los profesionales que prestaron los servicios médicos al señor JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA.

Las cirugías realizadas fueron pertinentes y adecuadas, pues se actuó según cada atención por la cual acudió el paciente manejándose como se debía que era primero, de manera conservadora por medio del manejo de dolor y bloqueos, y finalmente de manera quirúrgica.

Con fundamento en lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

VII. FALTA DE DEMOSTRACIÓN DEL PERITO – DOCTOR JOSE JAIME ACOSTA MONTOYA - FRENTE A SU INSCRIPCION EN EL REGISTRO UNICO NACIONAL DE TALENTO HUMANO EN SALUD (RETHUS)

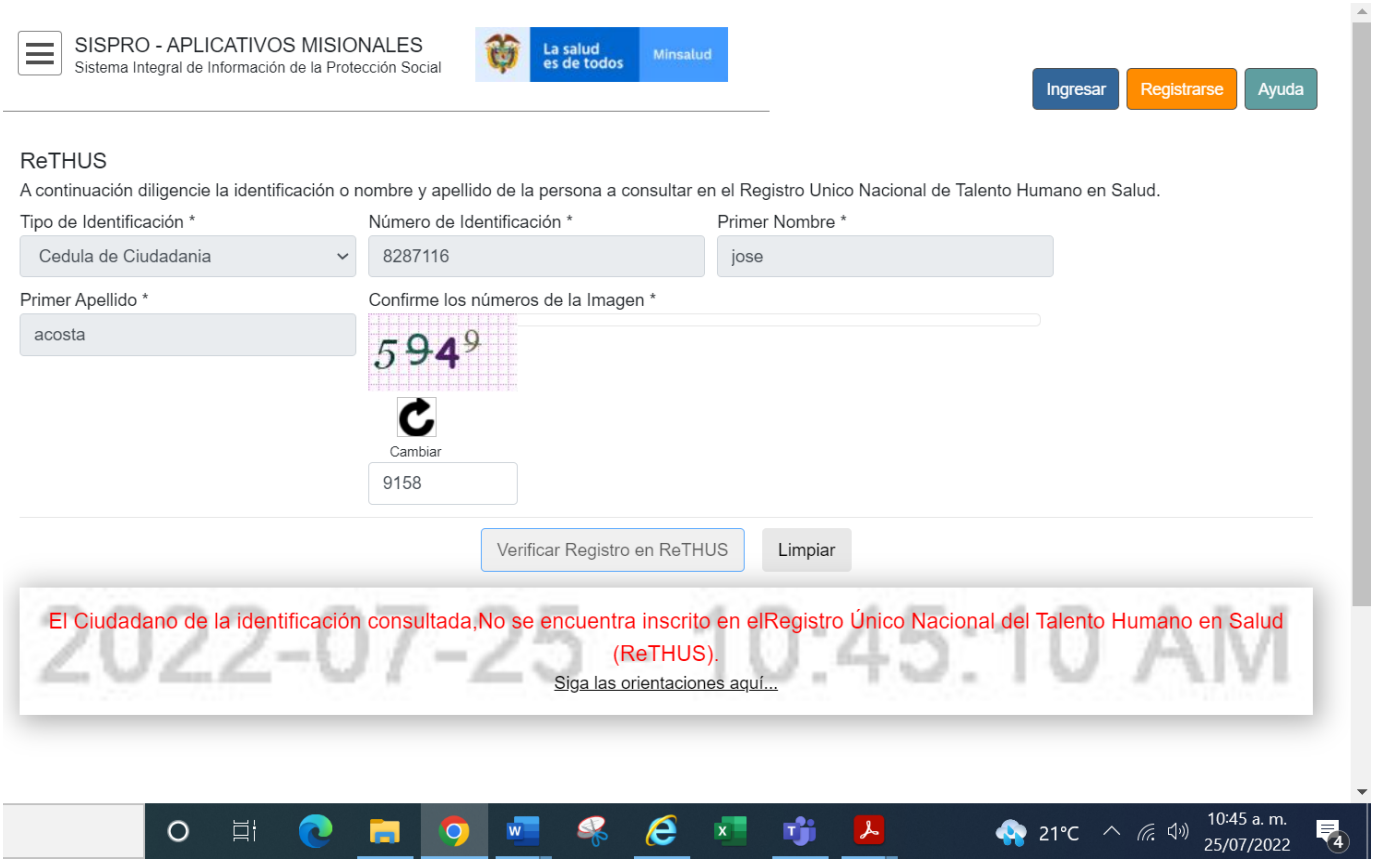
El RETHUS es la inscripción en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.

Es el conjunto de organismos, normas, procesos, procedimientos y aplicativos articulados para permitir la recepción, validación, registro, conservación, reporte y publicación de la información del talento humano autorizado para ejercer profesiones u ocupaciones de la salud en Colombia

Todo profesional de la salud debe estar inscrito en el RETHUS. Dentro de lo establecido en la Ley 1164 de 2007, para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud uno de los requisitos que se debe y requiere acreditar es Inscribirse en el

Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), según lo definido en el artículo 23. Efectuada la inscripción, se le expedirá al profesional una tarjeta como Identificación Única Nacional del Talento Humano en Salud, en los casos en que dicha función haya sido delegada a un Colegio de la respectiva profesión.

Efectuada la inscripción, se le expedirá al profesional una tarjeta como Identificación Única Nacional del Talento Humano en Salud, en los casos en que dicha función haya sido delegada a un Colegio de la respectiva profesión. Dentro de los documentos aportados por parte del perito en el presente caso, no se encuentra dicha tarjeta y tampoco, al hacer la búsqueda en la página del RETHUS con su nombre, apellido y cedula de ciudadanía, **NO se encuentra inscrito**:



Por lo anterior, no se cumple con los requisitos del artículo 226 del Código General del Proceso respecto del contenido y requisitos del dictamen pericial pues debe demostrar

no solamente la idoneidad con el/los diplomas, si no, que debe demostrar que está inscrito en el RETHUS, y, por ende, aportar el carné.

Al hacer búsqueda de los Doctores Gerardo Casas Castillo y Darío Fuertes Bolaños, estos **SI se encuentran inscritos**:

Resultado General -2022-07-25→8:38:01 AM -2022-07-25→10:49:26 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	16629449	GERARDO		CASAS	CASTILLO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) GERARDO CASAS CASTILLO identificado(a) con CC 16629449 registra La siguiente información:

2022-07-25→10:49:26 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	1985-05-17	7806	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1994-12-05	71310	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|CAUCA|MIRANDA	1984-04-01	1985-03-31	Programa de Salud Pública	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Resultado General -2022-07-25→8:38:01 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	98400191	DARIO	FERNANDO	FUERTES	BOLAÑOS	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS identificado(a) con CC 98400191 registra La siguiente información:

2022-07-25→8:38:01 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2004-02-20	12106	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	2009-12-11	16939	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|NARIÑO|SAMANIEGO	2004-03-01	2004-08-31	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

La

VIII. LA INDEBIDA TASACION DE PERJUICIOS.

Los perjuicios que pretende la parte actora sean reconocidos e indemnizados por el Despacho carecen de fundamentos facticos y jurídicos.

Respecto de los perjuicios materiales: Es evidente, que deben ser enteramente probados y no solo simplemente solicitados como hasta ahora se observa en este proceso. Y desde luego, probados y concedidos conforme a derecho.

Respecto de los perjuicios morales: Estos deberán probarse.

IX. EXCEPCION GENERICA.

Con fundamento en el artículo 282 del Código General del Proceso solicito reconocer oficiosamente cualquier otra excepción cuyos hechos resulten demostrados dentro del proceso o en cualquier otra circunstancia en virtud de las cuales la Ley considere que la obligación no existe para mi representada o la declare extinguida, y al cual me referiré en los alegatos de conclusión y luego de la práctica de las pruebas.

X. PRUEBAS

Para que sean tenidas como tales, solicito sean decretadas y practicadas las siguientes:

- **DOCUMENTALES**
    - Certificado de Existencia y Representación Legal de la CLINICA IMBANACO S.A.S.
    - Copia de historia clínica institucional.
    - Copia de historia clínica de consultorio particular
    - Literatura científica sobre el manejo y tratamiento de la espondilosis
    - Archivos PDF con constancia de la inscripción en el RETHUS de los Doctores Gerardo Casas Castillo y Darío Fuertes Bolaños y constancia de no inscripción del Doctor José Jaime Acosta Montoya.
    - ABECE RETHUS
    - Documentos sobre el material de osteosíntesis utilizado por la casa medica ISO

- **OFICIOS**

Solicito al Señor Juez, se libre oficio a la empresa Medtronic Colombia SA, con el fin de que, con destino a este proceso, envíe un informe detallado del tipo de materiales que comercializan, especialmente el material de osteosíntesis que le fue colocado al señor JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA en la CLINICA IMBANACO S.A.S. para demostrar que no eran de mala calidad.

Dirección de notificaciones: AVENIDA CALLE 116 7 15 PISO 11 OFICINA 1101, Bogotá.

Teléfono: 6017427300

- Se oficie al CENTRO DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS S.A., con el fin de que envíen la historia clínica del señor JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA, identificado con la cedula de ciudadanía No. 16.719.326 de Cali.
  Dirección:

  AV 2 NORTE # 21N-45: TERAPIAS

  AV 2 NORTE # 21N-65: CIRUGÍA, FISIATRIA-MEDICINA LABORAL

  CALLE 23 B NORTE # 3N-57: CONSULTA PRIORITARIA, CONSULTA ESPECIALIZADA ORTOPEDIA.

- **DICTAMEN PERICIAL DE PARTE**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 227 y siguientes del Código General del Proceso, me permito manifestarle a la Señora juez, que pretendemos aportar al proceso dictamen pericial de parte, que será emitido por médico especialista en la materia, por lo que es insuficiente el término para contestar las demanda y aportar el mismo.

De acuerdo con lo anterior, solicito a su señoría concederme un tiempo prudencial para aportar el dictamen, de conformidad con las normas que regulan dicha prueba.

- **TESTIGOS TECNICOS:** Sírvase citar y hacer comparecer para que rindan testimonio técnico, así como para que respondan los interrogantes que se le formularan en la fecha y hora que señale el despacho del señor Juez a los siguientes médicos, haciendo la salvedad que todos ellos han tenido contacto directo con la condición médica del paciente demandante JAN CARLO

ZAPPARRATA VALENCIA y en atención a sus conocimientos podrá ser explotada su experticia, a los siguientes médicos:

- **GERARDO CASAS CASTILLO,** médico tratante que conoció del caso y realizó varias cirugías al demandante en la Clínica Imbanaco y que puede sustentar y aclarar sus actuaciones.

- **DARIO FUERTES BOLAÑOS,** médico especialista en ortopedia y traumatología que intervino al paciente en la Clínica Imbanaco en varias ocasiones y que puede sustentar y aclarar sus actuaciones.

- **MARIA MERCEDES FAJARDO**, especialista en anestesiología y dolor y cuidados paliativos, quien atendió y valoró al paciente como GRUPO HOSPITAL SIN DOLOR y puede aclarar los hechos de la demanda.

- **RUBEN SERRANO VILLABONA,** médico familiar y maestría en dolor y cuidados paliativos, quien atendió y valoró al paciente como GRUPO HOSPITAL SIN DOLOR y puede aclarar los hechos de la demanda.

- **BERNARDO PEREZ,** especialista en neurocirugía quien intervino quirúrgicamente en 2 ocasiones al paciente y puede aclarar los hechos de la demanda.

- **GABRIEL SALOM PIZA,** especialista en radiología y quien fue uno de los radiólogos que realizo examen diagnostico al paciente y puede aclarar los hechos de la demanda.

- **HUGO FERNANDEZ SUAREZ,** médico especialista en radiología y quien realiza uno de los exámenes de diagnóstico al paciente y puede aclarar los hechos de la demanda.

- **RENE FERNANDO JURADO RODRIGUEZ,** médico especialista en ortopedia y traumatología quien atendió al paciente en el CENTRO DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS S.A. y que puede sustentar sus actuaciones y puede aclarar los hechos de la demanda.

-

- **MARIO GERMAN GONZALEZ TENORIO**, médico especialista en ortopedia y traumatología quien fue cirujano auxiliar en una de las intervenciones quirúrgicas al demandante y puede aclarar los hechos de la demanda.

- **ANGELA MARIA PEREZ RESTREPO,** neuropsicóloga del Centro Médico Imbanaco de Cali, quien evaluó al paciente Jan Carlo Zapparrata, informe que se presentó como pruebas dentro del anexo No. 7 de la demanda.

Notificaciones: Carrera 38 A No. 5 A- 76 Departamento Jurídico, Casa de Admisiones Piso 2, Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., Cali.

Correo electrónico: juridico@imbanaco.com.co

- **INTERROGATORIO DE PARTE AL DEMANDANTE.**

Solicito al Señor Juez que en la fecha y hora señalada para la audiencia pública se cite al demandante en la dirección o correo electrónico aportado en la demanda o través de su apoderado, para que absuelvan el interrogatorio que verbalmente le formularé sobre los supuestos de hecho expuestos en la demanda.

- **CONTRADICCION A LOS DICTAMENES PERICIALES APORTADOS POR LA PARTE DEMANDANTE.**

De conformidad con lo previsto en el artículo 228 del Código General del Proceso, solicito al despacho citar a los peritos:

- Doctor JOSE JAIME ACOSTA MONTOYA.
- Doctor JOSE NORMAN SALAZAR GONZALEZ.
- Doctora LAURA CONSTANZA CORREDOR.

Para que, en audiencia fijada para ese efecto, la parte que represento pueda interrogarles sobre su idoneidad e imparcialidad, así como sobre el contenido del dictamen.

Los peritos podrán ser citados a través de la parte demandante o utilizando los datos de contacto indicados en el escrito contentivo del dictamen.

- **CARGA DINAMICA DE LA PRUEBA DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 167 DEL C.G.P.**

Se solicita al Despacho dar aplicabilidad a lo establecido en el artículo 167 del C.G.P., considerando que en el presente evento le corresponderá a la parte demandante probar tanto la existencia de la responsabilidad médica que pretende atribuir a la CLINICA IMBANACO S.A.S., así como los perjuicios que reclama por los daños que indica haber sufrido.

XI. SOLICITUD

De acuerdo a los hechos probados y las excepciones propuestas, solicito al señor Juez lo siguiente:

1. Declarar probadas las excepciones de mérito propuestas.
2. Condenar en costas al demandante.

XII. ANEXOS

1. Solicitud de Levantamiento de medida cautelar.
2. Solicitud de revocatoria de amparo de pobreza.
3. Sustitución de poder a la Dra. FANNY GONZALEZ MARQUEZ.

XIII. NOTIFICACIONES

Demandantes: En la dirección o correo electrónico aportados en la demanda.

Demandada: juridico@imbanaco.com.co

Carrera 38 A No. 5 A- 76 Departamento Jurídico, Casa de Admisiones Piso 2, Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., Cali.

Las que me corresponden: gloria.blanco@imbanaco.com.co

Del Señor Juez, con todo respeto.

Atentamente,



GLORIA ELENA BLANCO LOPEZ
C.C. No. 38.567.553 de Cali
T.P. No. 182.103 del C.S. de la J.

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE ESTE CERTIFICADO, EXISTE UNA PETICIÓN EN TRÁMITE, LA CUAL PUEDE AFECTAR EL CONTENIDO DE LA INFORMACIÓN QUE CONSTA EN EL MISMO.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social:	CLINICA IMBANACO S.A.S.
Nit.:	890307200-5
Domicilio principal:	Cali

MATRÍCULA

Matrícula No.:	16025-16
Fecha de matrícula en esta Cámara:	09 de enero de 1973
Último año renovado:	2022
Fecha de renovación:	17 de marzo de 2022
Grupo NIIF:	Grupo 1

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal:	KR 38 BIS # 5 B2 - 04
Municipio:	Cali - Valle
Correo electrónico:	gerencia@imbanaco.com.co
Teléfono comercial 1:	3821000
Teléfono comercial 2:	3851000
Teléfono comercial 3:	5186000
Página web:	www.imbanaco.com

Dirección para notificación judicial:	KR 38 BIS # 5 B2 - 04
Municipio:	Cali - Valle
Correo electrónico de notificación:	juridico@imbanaco.com.co
Teléfono para notificación 1:	3821000
Teléfono para notificación 2:	3851000
Teléfono para notificación 3:	5186000

La persona jurídica CLINICA IMBANACO S.A.S. SI autorizó recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CONSTITUCIÓN

Por Escritura Pública No. 4405 del 05 de diciembre de 1972 Notaria Tercera de Cali ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 09 de enero de 1973 con el No. 2911 del Libro IX ,se constituyó sociedad de naturaleza Comercial denominada MEDICOS LTDA.

REFORMAS ESPECIALES

Por Escritura Pública No. 7022 del 31 de diciembre de 1984 Notaria Decima de Cali ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 17 de julio de 1985 con el No. 78009 del Libro IX ,se transformó de SOCIEDAD LIMITADA en SOCIEDAD ANÓNIMA bajo el nombre de CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A. .

Por Escritura Pública No. 2654 del 31 de julio de 2008 Notaria Sexta de Cali ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 09 de septiembre de 2008 con el No. 10225 del Libro IX ,Se aprobo la fusión por absorción entre (absorbente) CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A. y (absorbida(s)) UNIDAD ONCOLOGICA IMBANACO S A .

Por Escritura Pública No. 443 del 29 de mayo de 2020 Notaria Primera de Cali ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 16 de junio de 2020 con el No. 7164 del Libro IX ,cambio su nombre de CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A. . por el de CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S A SIGLA: CENTRO MÉDICO IMBANACO .

Por Acta No. 100 del 24 de marzo de 2022 Asamblea De Accionistas ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 25 de mayo de 2022 con el No. 10227 del Libro IX ,cambio su nombre de CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S A SIGLA: CENTRO MÉDICO IMBANACO . por el de CLINICA IMBANACO S.A.S. .

Por Acta No. 100 del 24 de marzo de 2022 Asamblea De Accionistas ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 25 de mayo de 2022 con el No. 10227 del Libro IX ,se transformó de SOCIEDAD ANÓNIMA en SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA bajo el nombre de CLINICA IMBANACO S.A.S. .

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

TERMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es 24 de mayo del año 2122

OBJETO SOCIAL

La sociedad tendrá por objeto principal la realización de inversiones en el sector de la salud y en aquellos campos no relacionados con éste pero que, de acuerdo a estudios de factibilidad y riesgo, permitan cumplir con e! objetivo de las sociedades comerciales con ánimo de lucro, dentro de los más altos estándares éticos y morales. La sociedad prestará servicios profesionales cm el campo de las ciencias de la salud y en todas las actividades inherentes al ejercicio de la medicina y de calibración de equipos médicos, bajo la explotación del nombre comercial, enseñas comerciales, marcas y lemas comerciales.

PARÁGRAFO PRIMERO: En desarrollo de su objeto social, la sociedad podrá:

1) Servir de operadora de instituciones que presten sus servicios en el campo de la salud.
2) Prestar los servicios correspondientes a Seguridad y Salud en el Trabajo, Higiene y Seguridad Industrial, y Psicología Ocupacional.
3) Celebrar convenios docente-asistenciales con entidades educativas, en el área de la salud.
4) Realizar estudios académicos, de investigación e innovación; participar en éstos y celebrar los respectivos convenios o contratos.
5) Desarrollar y solicitar, patentes de invenciones y de investigaciones realizadas en el Centro Médico Imbanaco.
6) Desarrollar software para entidades de salud y realizar su comercialización, ofrecer sistemas integrados de información en outsourcing y tener la representación de empresas productoras de hardware para vender sus productos.
7) Adquirir toda clase de equipos, insumos y elementos adecuados para el desarrollo de sus actividades, dentro o fuera del país.
8) Celebrar toda clase de operaciones de crédito y contratos de mutuo.
9) Efectuar toda clase de actos jurídicos y operaciones con títulos valores.
10) Integrar y formar parte de empresas o sociedades, nuevas o ya existentes, nacionales o extranjeras que se dediquen a actividades mercantiles de la misma índole, similares, conexa auxiliares o complementarias, fusionarse con ellas o absorberlas.
11) Celebrar con establecimientos de crédito y sociedades aseguradoras, todas las operaciones que sean conducentes al desarrollo de los negocios de la sociedad, a la seguridad y administración de sus bienes, y a la protección de sus trabajadores.
12) Adquirir y transferir a cualquier título, dar y tomar en arrendamiento, gravar, afectar y limitar el dominio de bienes muebles o inmuebles.
En general, realizar los actos o contratos comerciales o civiles, necesarios o convenientes para el
cumplimiento de las actividades previstas en su objeto social y los que tengan como finalidad ejercer los derechos o cumplir las obligaciones, legal o convencionalmente

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

derivadas de la existencia de la sociedad. Esta relación es meramente enunciativa, entendiéndose que se encuentran incluidos en el objeto social, los actos directamente relacionados con el mismo y los que tengan por finalidad, ejercer los derechos y cumplir las obligaciones, derivadas de la existencia y actividad social.

PARÁGRAFO SEGUNDO: La sociedad podrá ser garante de obligaciones de terceros sólo en los casos en que se cuente con la autorización previa de la Junta Directiva.

CAPITAL

	CAPITAL AUTORIZADO
Valor:	$1,000,000,000
No. de acciones:	1,000,000
Valor nominal:	$1,000
	CAPITAL SUSCRITO
Valor:	$823,617,000
No. de acciones:	823,617
Valor nominal:	$1,000
	CAPITAL PAGADO
Valor:	$823,617,000
No. de acciones:	823,617
Valor nominal:	$1,000

REPRESENTACIÓN LEGAL

La administración inmediata de la sociedad, su representación legal y la gestión de los negocios sociales, serán ejercidas por el Gerente General, quien representará a la sociedad en todos sus actos y contratos, en juicio o fuera de éste, con las limitaciones consignadas en estos estatutos. El Gerente General y sus suplentes serán designados por la Junta Directiva para el periodo determinado por dicho órgano, y serán de libre nombramiento y remoción. En los casos de faltas absolutas, temporales o accidentales del Gerente General, será reemplazado por dos Suplentes, así: Primer Suplente quien lo reemplazará en sus faltas absolutas, temporales o accidentales y un Segundo Suplente quien lo reemplazará en asuntos laborales, fiscales, jurídicos y judiciales.

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

FACULTADES DEL GERENTE GENERAL: Como representante legal de la sociedad, en juicio y extrajudicialmente, el Gerente General tiene facultades para celebrar o ejecutar, con las limitaciones que le imponen los presentes estatutos y las que determine la Junta Directiva o la Asamblea General de Accionistas, todos los actos o contratos comprendidos dentro del objeto social, donde se obligue a la sociedad y las que se relacionen con la existencia o el ejercicio de derechos, y el cumplimiento de obligaciones de la misma. El Gerente General queda investido de poderes especiales para transigir y comprometer con su firma los negocios sociales, promover o coadyuvar acciones judiciales, administrativas o contencioso-administrativas en que la sociedad tenga interés o deba intervenir e interponer todos los recursos que sean procedentes conforme a la Ley, desistir de las acciones o recursos que interponga, novar obligaciones o créditos, suscribir títulos valores de contenido crediticio a condición de que exista contraprestación cambiaria en favor de la sociedad, dar o recibir bienes en pago, constituir apoderados judiciales o extrajudiciales y delegarles facultades, revocar mandatos y sustituciones y en general, ser el representante legal de la sociedad en todos los actos que por disposición legal o contractual deba actuar.

FUNCIONES DEL GERENTE GENERAL: El Gerente General tendrá las siguientes funciones:

1) Realizar inversiones en dotación, planta, equipos y asesorías, realizar actos o celebrar contratos hasta por un valor de 500 salarios mínimos mensuales vigentes para cada año. Para realización de actos o celebración de contratos por encima de este monto, deberá solicitar autorización previa de la Junta Directiva.
2) Convocar a las reuniones ordinarias y extraordinarias de la Asamblea de Accionistas.
3) Presentar informes a la Asamblea de Accionistas, sobre el estado de los negocios sociales.
4) Certificar que los estados financieros y otros informes relevantes para el público, no contienen vicios, imprecisiones ni errores que impidan conocer La verdadera situación patrimonial o las operaciones de la sociedad.
5) Presentar conjuntamente con la Junta Directiva, el balance de fin de ejercicio, para el estudio y aprobación de la Asamblea de Accionistas.
6) Preparar y presentar a consideración de la Junta Directiva los proyectos, planes y programas que considere pertinentes con el fin de mantener la empresa en un permanente desarrollo y crecimiento continuado.
7) Ejecutar los actos y contratos que tiendan al cumplimiento de los fines sociales, sometiendo previamente a la Junta Directiva los negocios en que ésta deba intervenir por disposición de los estatutos o de la Ley.
8) Velar por la recaudación e inversión de los fondos de la sociedad, por todos los valores pertenecientes a ésta y los que reciban en custodia o depósito, con el fin de que se mantengan con la seguridad debida.
9) Constituir los apoderados judiciales o extrajudiciales que juzgue necesarios con el fin de que obrando bajo sus órdenes, representen a la sociedad y determinar sus facultades, previa autorización de la Junta Directiva cuando se trate de constituir apoderados generales.
10) Asistir a las reuniones de la Asamblea o Junta en aquellas compañías, corporaciones

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

o comunidades en que la sociedad tenga interés, dar su voto en ellas en representación de ésta y de acuerdo con las instrucciones que reciba de la Junta Directiva.
11) Mantener la vigilancia sobre las actividades que desarrolle la sociedad, cuando lo estime conveniente.
12) Nombrar y remover libremente a los empleados de la sociedad.
13) Vigilar el estricto cumplimiento de las funciones y compromisos de los empleados de la sociedad.
14) Aplicar las sanciones disciplinarias a los empleados que cometan faltas graves en el desarrollo de sus funciones o en la atención de los pacientes, de acuerdo con el Reglamento Interno de Trabajo.
15) Mantener en orden y al día con todos los requisitos legales, los registros de marcas, patentes, pólizas de seguro, escrituras públicas y demás documentos relacionados con la propiedad, posesión o tenencia de bienes y derechos de la sociedad.
16) El Gerente General designará a los representantes a las Asambleas y/o Juntas de las sociedades, en las cuales la Clínica Imbanco tiene participación.
17) Tomar dinero en mutuo, abrir y manejar cuentas corrientes bancarias.
18) Dar y recibir bienes a título de dación en pago.
19) Adquirir a cualquier título bienes muebles e inmuebles para la sociedad.
20) Transferir, gravar, afectar o limitar el dominio de los bienes muebles e inmuebles de la sociedad.
21) Nombrar a los miembros del Comité de Ética en Investigación (CEICMI).
22) Adelantar todas las acciones necesarias para garantizar la calidad en la prestación de los servicios, de conformidad con las normas vigentes en materia de sistemas de garantía de la calidad; diseñar los procedimientos de control necesarios e incluir en el informe de gestión que se presente a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva, las evaluaciones sobre el desempeño de dichos sistemas
23) Informar a la Junta Directiva sobre la implementación y desarrollo de las acciones de auditoria para la garantía de la calidad, la revisión y el monitoreo de los niveles de acreditación, sobre las medidas que se deben adoptar para la superación de los eventos detectados, sobre los resultados de siniestralidad resultante respecto de la esperada y del mercado, sobre los eventos de seguridad relevantes y particularmente, todas las deficiencias encontradas y medidas adoptadas para superarlas.
24) Establecer y mantener adecuados sistemas de revelación y control de la información financiera; con este fin diseñará procedimientos de control sobre la calidad, suficiencia y oportunidad de la misma. Igualmente verificará la operatividad de los controles establecidos al interior de la sociedad e incluirá en el informe de gestión que se presente a la Asamblea General de Accionistas, la evaluación sobre el desempeño de los mencionados sistemas de revelación y control.
25) Establecer y mantener adecuados sistemas de revelación y control de la información de los resultados en salud, para lo cual deberá diseñar procedimientos de control y revelación para que la información sea presentada en forma adecuada.
26) Informar al comité de auditoria o en su defecto, a la Junta Directiva, todas las deficiencias significativas encontradas en el diseño y operación de los controles internos que impidan a la sociedad, registrar, procesar, resumir y presentar adecuadamente la información financiera de la misma. Igualmente, resolver las inquietudes, realizar los procesos y control interno que el comité de auditoría le señale.
27) Reportar los casos de fraude que hayan afectado las finanzas del Centro Médico lmbanaco y demostrar las actuaciones que se han realizado sobre dichos casos y las medidas tomadas, con el fin de evitar que vuelvan a presentarse en el futuro,

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

28) Implementar las estrategias y políticas aprobadas por la Junta Directiva, con relación al Sistema de Control Interno (SCI).
29) Poner en funcionamiento la estructura, procedimientos y metodologías inherentes al Sistema de Control Interno (SCI) en desarrollo de las directrices impartidas por la Junta Directiva, garantizando una adecuada segregación de funciones y asignación de responsabilidades.
30) lmplementar los diferentes informes, protocolos de comunicación, sistemas de información y demás determinaciones de la Junta Directiva relacionados con el Sistema de Control Interno (SCI).
31) Proporcionar los recursos que se requieran para el adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno (SCI) de conformidad con lo autorizado por la Junta Directiva.
32) Incluir en su informe de gestión, un aparte independiente en el que se dé a conocer a la Asamblea de Accionistas, la evaluación sobre el desempeño del Sistema de Control interno (SCI) en cada uno de sus elementos.
33) Comunicar las políticas y decisiones adoptadas por la Junta Directiva, a todos y cada uno de los funcionarios dentro de la sociedad, quienes en desarrollo de sus funciones y con la aplicación de procesos operativos apropiados, deben procurar el cumplimiento de los objetivos tratados por la dirección, siempre sujetos a los lineamientos establecidos por ésta.
34) Fijar los lineamientos tendientes a crear la cultura organizacional de control, mediante la definición y puesta en práctica de las políticas y los controles suficientes, la divulgación de las normas éticas y de integridad dentro de la sociedad y, la definición y aprobación de canales de comunicación, de tal forma que el personal de todos los niveles comprenda la importancia del control interno e identifique su responsabilidad frente al mismo.
35) Realizar revisiones periódicas a la política de conflictos de interés y partes relacionadas, al código de ética y buen gobierno corporativo, al reglamento del cuerpo médico y al reglamento de funcionamiento y sugerir modificaciones para su aprobación por parte de la Junta Directiva.
36) Proporcionar a los órganos de control internos y externos, toda la información que requieran para el desarrollo de su labor.
37) Verificar la operatividad de los controles establecidos al interior de la sociedad.
38) Establecer mecanismos para la recepción de denuncias (líneas telefónicas, buzones especiales en el sitio web, entre otros) que faciliten a quienes detecten eventuales irregularidades, ponerlas en conocimiento de los órganos competentes de la sociedad.
39) Suscribir convenios docente-asistenciales con entidades educativas, en el área de la medicina y la salud.
40) Celebrar los contratos que tiendan al cumplimiento de los fines sociales, previa autorización de la Junta Directiva cuando sea necesario.
41) Cumplir las funciones que en virtud de delegación expresa de la Asamblea General de Accionistas o de la Junta Directiva, le sean confiadas transitoriamente o para casos especiales.
42) Realizar todas las actividades tendientes a que las decisiones de la Asamblea General de Accionistas y las resoluciones de la Junta Directiva, se cumplan.
43) Las demás que le correspondan de acuerdo con la ley o por la naturaleza de su cargo.

Funciones de la Junta Directiva entre otras: 12) Autorizar al Gerente General para realizar inversiones en dotación, planta, equipos y asesorías, realizar actos o

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

celebrar contratos cuyo valor sea superior a 500 salarios mínimos mensuales vigentes para cada año. 17) Intervenir en todas las actuaciones que no estén prohibidas a la sociedad y que tengan por objeto adquirir, transferir, hipotecar, gravar, afectar o limitar el dominio de inmuebles; alterar la forma de éstos por su naturaleza o su destino; dar en prenda muebles, dividir, segregar o englobar inmuebles; contratar préstamos activos o pasivos y fijar las bases sobre las cuales puede el Gerente General celebrar los contratos respectivos en los casos en que tales funciones correspondan a la Asamblea General de Accionistas de acuerdo con estos estatutos. 18) Conceder autorizaciones al Gerente General y a los miembros de la Junta Directiva, en los casos y con los requisitos exigidos por la Ley, para transferir o adquirir acciones de la sociedad.

Funciones de la Asamblea de Accionistas entre otras: 11) Autorizar la adquisición de las acciones de la sociedad empleando fondos tomados de las utilidades liquidas, siempre y cuando dichas acciones se encuentren totalmente liberadas. 21) Autorizar el plan anual de inversiones en dotación, planta, equipos y asesorías, cuando éste exceda la suma equivalente a 15.000 salarios mínimos mensuales vigentes para cada año. 22) Autorizar la constitución de patrimonios autónomos de cualquier naturaleza con los activos que conforman el patrimonio do la sociedad.

NOMBRAMIENTOS

REPRESENTANTES LEGALES

Por Acta No. 351 del 29 de agosto de 2017, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 03 de octubre de 2017 con el No. 15464 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GERENTE GENERAL Y REPRESENTANTE LEGAL	RAFAEL EDUARDO GONZALEZ MOLINA	C.C.94371062

Por Acta No. 396 del 07 de septiembre de 2021, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 30 de septiembre de 2021 con el No. 17745 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GERENTE SUPLENTE	GUSTAVO ADOLFO DELGADILLO NUÑEZ	C.C.16778043

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO DE FECHA 09 DE AGOSTO DE 2017, INSCRITO EN LA CAMARA DE COMERCIO EL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2017 BAJO EL NRO. 15218 DEL LIBRO IX EL SEÑOR LUIS FERNANDO CASTRO CASTRO C.C. 14.875.354 DE CALI, PRESENTO RENUNCIA COMO MIEMBRO SUPLENTE DE LA JUNTA DIRECTIVA.

JUNTA DIRECTIVA

Por Acta No. 98 del 31 de marzo de 2020, de Asamblea De Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 16 de junio de 2020 con el No. 7161 del Libro IX, Se designó a:

PRINCIPALES

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GONZALO BARTOLOME GARCIA	C.E.970793
HECTOR CIRIA SUAREZ	PPTE.PAK566935
MIGUEL MASCARO SERVERA	PPTE.PAK613929

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 98 del 31 de marzo de 2020, de Asamblea De Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 16 de junio de 2020 con el No. 7162 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REVISOR FISCAL	PWC CONTADORES Y AUDITORES SAS	Nit.900943048-4

Por documento privado del 10 de diciembre de 2020, de PWC Contadores Y Auditores SAS, inscrito en esta Cámara de Comercio el 11 de diciembre de 2020 con el No. 18904 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	OLGA LUCIA BERMUDEZ RODRIGUEZ	C.C.1130619764 T.P.182424-T

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por documento privado del 25 de junio de 2021, de PWC Contadores Y Auditores SAS, inscrito en esta Cámara de Comercio el 28 de junio de 2021 con el No. 12263 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
REVISOR FISCAL	SONIA DERLY DEL MAR GOMEZ ZEA	C.C.29105947
SUPLENTE		T.P.108999-T

PODERES

Por documento privado del 20 de septiembre de 2018 de Cali ,inscrito en esta Cámara de Comercio el 21 de septiembre de 2018 con el No. 126 del Libro V CLAUDIA PATRICIA VELEZ MURGUEITIO, MAYOR DE EDAD, IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. NO. 31.909.916 DE CALI, OBRANDO EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA SOCIEDAD CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A., EN MI CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA MISMA, SEGÚN CONSTA EN EL CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE CALI, RESPETUOSAMENTE MANIFIESTO A SU DESPACHO QUE POR MEDIO DEL PRESENTE ESCRITO, CONFIERO PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE A LA DOCTORA GLORIA ELENA BLANCO LOPEZ, IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 38.567.553 DE CALI, ABOGADA EN EJERCICIO CON T.P NO. 182.103 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, PARA QUE EJERZA LA REPRESENTACIÓN JUDICIAL DEL CENTRO MEDICO IMABANACO DE CALI S.A. EN CUALQUIER ACTUACIÓN, DILIGENCIA, O PROCESO QUE CURSE ANTE LAS AUTORIDADES JUDICIALES CON TODAS LAS FACULTADES INHERENTES PARA EL EJERCICIO DEL PRESENTE PODER.

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E.P. 5853 del 05/09/1974 de Notaria Segunda de Cali	16380 de 22/03/1976 Libro IX
E.P. 7231 del 26/11/1975 de Notaria Segunda de Cali	16381 de 22/03/1976 Libro IX
E.P. 7232 del 26/11/1975 de Notaria Segunda de Cali	16382 de 22/03/1976 Libro IX
E.P. 7233 del 26/11/1975 de Notaria Segunda de Cali	16383 de 22/03/1976 Libro IX
E.P. 2493 del 18/05/1976 de Notaria Segunda de Cali	21839 de 24/05/1977 Libro IX
E.P. 4619 del 31/08/1976 de Notaria Segunda de Cali	21840 de 24/05/1977 Libro IX
E.P. 2597 del 15/06/1977 de Notaria Segunda de Cali	22205 de 22/06/1977 Libro IX
E.P. 7298 del 30/12/1977 de Notaria Segunda de Cali	25116 de 27/01/1978 Libro IX
E.P. 7299 del 30/12/1977 de Notaria Segunda de Cali	25117 de 27/01/1978 Libro IX
E.P. 8377 del 28/12/1979 de Notaria Segunda de Cali	41211 de 07/10/1980 Libro IX
E.P. 7714 del 29/12/1978 de Notaria Segunda de Cali	41602 de 27/10/1980 Libro IX
E.P. 566 del 14/02/1984 de Notaria Segunda de Cali	66038 de 27/02/1984 Libro IX
E.P. 7022 del 31/12/1984 de Notaria Decima de Cali	78009 de 17/07/1985 Libro IX
E.P. 7917 del 07/12/1987 de Notaria Decima de Cali	3444 de 21/12/1987 Libro IX
E.P. 2834 del 13/10/1987 de Notaria Septima de Cali	3766 de 08/01/1988 Libro IX

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

E.P. 2142 del 29/03/1988 de Notaria Decima de Cali	7048 de 28/04/1988 Libro IX
E.P. 3138 del 03/07/1992 de Notaria Novena de Cali	57088 de 04/09/1992 Libro IX
E.P. 1692 del 23/04/1993 de Notaria Sexta de Cali	70493 de 30/09/1993 Libro IX
E.P. 1075 del 08/04/1997 de Notaria Sexta de Cali	3028 de 25/04/1997 Libro IX
E.P. 2170 del 12/06/2000 de Notaria Sexta de Cali	5019 de 18/07/2000 Libro IX
E.P. 2433 del 09/07/2001 de Notaria Sexta de Cali	4771 de 25/07/2001 Libro IX
E.P. 1455 del 30/04/2002 de Notaria Sexta de Cali	12715 de 21/06/2002 Libro IX
E.P. 2056 del 12/06/2002 de Notaria Sexta de Cali	12717 de 21/06/2002 Libro IX
E.P. 2111 del 30/05/2003 de Notaria Sexta de Cali	4358 de 20/06/2003 Libro IX
E.P. 2237 del 08/06/2005 de Notaria Sexta de Cali	7122 de 29/06/2005 Libro IX
E.P. 1278 del 10/04/2007 de Notaria Sexta de Cali	4200 de 17/04/2007 Libro IX
E.P. 1956 del 09/06/2008 de Notaria Sexta de Cali	7976 de 17/07/2008 Libro IX
E.P. 2654 del 31/07/2008 de Notaria Sexta de Cali	10225 de 09/09/2008 Libro IX
E.P. 498 del 11/04/2012 de Notaria Primera de Cali	7395 de 19/06/2012 Libro IX
E.P. 826 del 15/06/2012 de Notaria Primera de Cali	7396 de 19/06/2012 Libro IX
E.P. 937 del 09/04/2013 de Notaria Sexta de Cali	4209 de 15/04/2013 Libro IX
E.P. 533 del 24/02/2020 de Notaria Sexta de Cali	3656 de 02/03/2020 Libro IX
E.P. 443 del 29/05/2020 de Notaria Primera de Cali	7164 de 16/06/2020 Libro IX
ACT 100 del 24/03/2022 de Asamblea De Accionistas	10227 de 25/05/2022 Libro IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Cali, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de los Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certifica, NO se encuentra en trámite ningún recurso.

SITUACIÓN(ES) DE CONTROL- GRUPO EMPRESARIAL

Documento: Documento privado del 18 de marzo del 2019
Inscripción: 11 de abril de 2019 nro. 5973 del libro IX

Consta la situación de control:

Controlante: CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A.
C.C.890307200-5
Domicilio: Cali, valle

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Nacionalidad: Colombiana.
Actividad: 8610 actividades de hospitales y clínicas con internación

Subordinada: UNIDAD DE MEDICINA REPRODUCTIVA CENTRO MEDICO IMBANACO S A
Nit.805018402-7
Domicilio:Cali, valle.
Nacionalidad: Colombiana
Actividad: La sociedad tiene como objeto principal la prestación de servicios profesionales médicos en el áreas de la medicina reproductiva y sus respectivos procedimientos clínicos complementarios.

Presupuesto de control:Esta situación de control se configura con ocasión de la constitución de la sociedad Unidad De Medicina Reproductiva Centro Medico Imbanaco S A por documento privado del 29 de diciembre de 1999 inscrito en la cámara de comercio de cali el 24 de agosto del 2000 bajo el mayoritario, cumpliendo con lo descrito en el decreto 667 de 2018, de acuerdo al presupuesto de que se trata el numeral 1 del articulo 261 del código de comercio.
La situación de control existente desde el 24 de agosto del 2000.

Documento: Documento privado del 14 de octubre del 2020
Inscripción: 21 de octubre de 2020 No. 15495 del libro IX

CONSTA EL GRUPO EMPRESARIAL:

Matriz: HELIOS HEALTHCARE SPAIN S.L
IDENTIFICACIÓN: N.I.F/ CIF B-87690921
Domicile: Madrid, España: Calle Zurbarán 28
Nacionalidad: España
Actividad. Adquisición tenencia y gestión de participaciones en sociedades domiciliarias en España o en otras jurisdicción que operan en el ámbito de la creación, establecimientos, gestión y soporte de hospitales, así como otros servicios del sector sanitario.

Subordinada:CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A.
Nit: 890.307.200-5
Domicilio: Cali, Colombia
Nacionalidad: Colombiana
Actividad Principal: Actividades de hospitales y clínicas, con internación (CIIU No. 8610).

Presupuesto de control: La Matriz ejerce control indirecto sobre la Subordinada, toda vez que posee indirectamente más del cincuenta por ciento (50%) de las acciones en las que se divide el capital suscrito de la Subordinada.
Adicionalmente, existe unidad de propósito y dirección entre la Matriz y la Subordinada.

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

FECHA DE CONFIGURACIÓN DEL GRUPO EMPRESARIAL: 12 de marzo de 2020.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 8610

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s) en la Cámara de Comercio de Cali el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio/sucursal(es) o agencia(s):

Nombre:	CENTRO MEDICO IMBANACO C M I
Matrícula No.:	16026-2
Fecha de matricula:	09 de enero de 1973
Ultimo año renovado:	2022
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	KR 38 A # 5 A - 100
Municipio:	Cali

Nombre:	SEDE 02 CENTRO MEDICO IMBANACO CMI
Matrícula No.:	673587-2
Fecha de matricula:	25 de noviembre de 2005
Ultimo año renovado:	2022
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	KR 38 A # 5 A - 109 TO B
Municipio:	Cali

Nombre:	SEDE 15 CENTRO MEDICO IMBANACO CMI
Matrícula No.:	673588-2
Fecha de matricula:	25 de noviembre de 2005
Ultimo año renovado:	2022
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	CL 5 B5 # 38 BIS - 64 TOC
Municipio:	Cali

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Nombre: SEDE 04 CENTRO MEDICO IMBANACO CMI
Matrícula No.: 673589-2
Fecha de matricula: 25 de noviembre de 2005
Ultimo año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: KR 38 A5A # 76 P - 01
Municipio: Cali

Nombre: SEDE 08 CENTRO MEDICO IMBANACO CMI
Matrícula No.: 673595-2
Fecha de matricula: 25 de noviembre de 2005
Ultimo año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: CRA. 38A No. 5A 50
Municipio: Cali

Nombre: SEDE 09 CENTRO MEDICO IMBANACO CMI
Matrícula No.: 673598-2
Fecha de matricula: 25 de noviembre de 2005
Ultimo año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: CL 36 NORTE # 6 A - 65 PI 7
Municipio: Cali

Nombre: SEDE 10 CENTRO MEDICO IMBANACO CMI
Matrícula No.: 738036-2
Fecha de matricula: 06 de mayo de 2008
Ultimo año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: CL. 15A No. 103 20

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Municipio: Cali

Nombre: SEDE 11 CENTRO MEDICO IMBANACO C.M.I
Matrícula No.: 761499-2
Fecha de matricula: 01 de abril de 2009
Ultimo año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: CL 5 B5 # 38 A - 24 REHABILITACION
Municipio: Cali

Nombre: SEDE14 CMI ALTA COMPLEJIDAD
Matrícula No.: 877212-2
Fecha de matricula: 23 de julio de 2013
Ultimo año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: CL. 5 No. 38B 105
Municipio: Cali

Nombre: CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A. SEDE PRINCIPAL
Matrícula No.: 923992-2
Fecha de matricula: 09 de abril de 2015
Ultimo año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: CRA. 38 BIS No. 5B 2 04
Municipio: Cali

Nombre: SEDE SATELITE UNICO YUMBO CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S A
Matrícula No.: 1098522-2
Fecha de matricula: 22 de octubre de 2020
Ultimo año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: CL 15 # 5 - 30 LC 11 CENTRO COMERCIAL UNICO YUMBO

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Municipio: Yumbo

Nombre: SEDE SATELITE UNICO CALI CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S A
Matrícula No.: 1099397-2
Fecha de matricula: 29 de octubre de 2020
Ultimo año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: CL 52 # 3 - 29 LC 409 CENTRO COMERCIAL UNICO 2 CALI
Municipio: Cali

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO QUE TIENE MATRICULADOS EL COMERCIANTE EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

Demanda de:JUAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA C.C. 16719326
Contra:CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S A
Bienes demandados:ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO

Proceso:VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL
Documento: Oficio No.151 del 30 de marzo de 2022
Origen: Juzgado Sexto Civil Del Circuito de Cali
Inscripción: 20 de mayo de 2022 No. 728 del libro VIII

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo provisto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es: GRANDE

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria $642,802,825,000

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU:8610

Recibo No. 7550753, Valor: $6.500

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 08220KX5I6

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

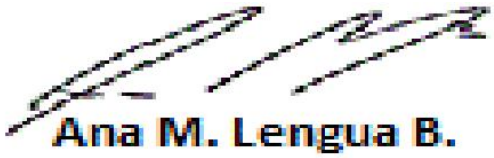
****

Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la Ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional de acreditación (onac) y sólo puede ser verificada en ese formato.



Doctor
JUAN CARLOS ARTEAGA CAGUASANGO
JUEZ SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
J06cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

Ref: Proceso verbal de Responsabilidad Civil
Dte: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
Ddo: CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A.
Rad: 760013103006-2022-00001-00
Asunto: Levantamiento de medida cautelar.

GLORIA ELENA BLANCO LOPEZ, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Cali, identificada con la cédula de ciudadanía No. 38.567.553 de Cali, abogada en ejercicio con T.P. No. 182.103 del C.S. de la J., obrando como representante judicial de la demandada **CLINICA IMBANACO S.A.S.**, según certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Cali, el cual adjunto, me permito presentar las siguientes:

PETICIONES

1. Que, de conformidad con el inciso cuarto del literal c) del numeral primero del artículo 590 del Código General del Proceso, se fije la cuantía de una caución otorgada por compañía de seguros, consistente en una póliza judicial que garantice el cumplimiento por parte de la sociedad que represento de la eventual sentencia en su contra y favorable al demandante.

2. Que una vez sea constituida la caución otorgada por compañía de seguros en la cuantía que el despacho fije, se expida el decreto o se levante, la siguiente medida cautelar solicitada por la parte demandante; y que fue decretada por el despacho mediante auto interlocutorio No. 454 de fecha 18 de marzo de 2022 sobre el establecimiento de comercio CLINICA IMBANACO S.A.S. sede principal, con matrícula No. 923992-2, para lo cual deberá librarse el oficio correspondiente.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

1. **Sobre la procedencia de la solicitud.**

El inciso tercero del literal b) del artículo 590 del Código General del Proceso faculta a la parte demandada en un proceso declarativo, para que solicite el levantamiento o que

impida el decreto de medidas cautelares de inscripción de la demanda si presta cualquier tipo de caución permitida por la ley que garantice el cumplimiento de la eventual sentencia favorable al demandante. Esta posibilidad se encuentra replicada, en general para cualquier medida cautelar, en el artículo literal c) del numeral primero del artículo 590 del Código General del Proceso.

Un sector de la doctrina entiende esa facultad de sustitución y levantamiento de las medidas cautelares como una garantía dispuesta por la ley para evitar o mitigar perjuicios excesivos a la parte afectada por la medida cautelar, en razón a las implicaciones que tienen estos mecanismos de cautela sobre la libertad de los ciudadanos.

En cuanto al principio de mutabilidad (1Termino utilizado en algunas sentencias de la Corte Suprema de Justicia. Cf. Corte Suprema de Justicia, sala de Casación civil, sentencia del 25 de noviembre de 2013, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona) de las medidas cautelares contenido en el artículo 590 del Código General del proceso, la Corte constitucional ha sostenido que:

(…) las medidas cautelares son también provisionales o contingentes, en la medida de que son susceptibles de modificarse o suprimirse a voluntad del beneficiado con ellas o por el ofrecimiento de una contragarantía por el sujeto afectado y, desde luego, cuando el derecho en discusión no se materializa. (2Corte Constitucional. Sentencia C-054 de 1997 M.P. Antonio Barrera Carbonell)

Así pues, la presente solicitud de sustitución de medida cautelar procede - de conformidad con la normatividad vigente - para ser estudiada de fondo por el Despacho.

2. **La póliza judicial es una caución permitida por la legislación procesal.**

El inciso primero del artículo 603 del Código General del Proceso establece que las cauciones pueden ser “reales, bancarias, u otorgadas por compañías de seguros, en dinero, títulos de deuda pública, certificados de depósito a término o títulos similares constituidos en instituciones financieras”. Esto significa que cualquier tipo de caución puede ser constituida con el fin de garantizar el cumplimiento de una eventual sentencia favorable al demandante en el marco de un proceso declarativo. No existe una disposición que exija que en los procesos declarativos se deba constituir un tipo determinado de caución para solicitar el levantamiento de medidas cautelares practicadas.

3. **La caución que se propone permite salvaguardar los intereses del demandante en forma efectiva y ofrece una mejor garantía para él.**

Tal y como lo señala la Corte Constitucional (3 Corte Constitucional. Sentencia C-379 de 2004 M. P. Alfredo Beltrán Sierra), la principal finalidad de las medidas cautelares es proteger “de manera provisional, y mientras dura el proceso, la integridad de un derecho que es controvertido en ese mismo proceso”. En este caso, nos encontramos ante un proceso declarativo que tiene pretensiones económicas, pues se pretende que se condene al demandado al pago de una suma liquida de dinero. Por esto, todas las medidas cautelares decretadas en este proceso deben tener la finalidad principal de garantizar que en caso de que se condene al demandado, este pague la condena y las costas procesales al demandante.

En este caso, se ha solicitado la inscripción de la demanda en un establecimiento de comercio de la CLINICA IMBANACO S.A.S., cuyo objeto social es la prestación de servicios médicos, esto implica que el establecimiento no se retire del comercio, sino que quienes lo adquieran deberán atenerse a los resultados de la sentencia. Dentro de un proceso declarativo con pretensiones pecuniarias, esto significa que el establecimiento podrá ser embargado, rematado y con el producto de dicho remate podrá cumplirse una eventual sentencia favorable al demandante y adversa a la CLINICA IMBANACO S.A.S La medida cautelar decretada no es eficiente ni garantiza en forma adecuada el pago de una eventual condena, pues no se trata de una garantía de un pago en efectivo, sino de una universalidad de bienes y los derechos sobre un intangible. Cualquier caución o medida cautelar que proteja y garantice – de igual o mejor manera – el interés económico del demandante puede reemplazar la medida decretada por el Despacho.

De manera que si existe una caución que cumpla con el mismo objetivo trazado por el Despacho a la hora de decretar medidas cautelares, dicha caución debe preferirse sobre otras medidas que cumplan la misma función de manera menos eficiente.

La caución propuesta implica que una compañía de seguros vigilada por la superintendencia Financiera se obligue a garantizar que la CLINICA IMBANACO S.A.S pagará el valor total de una eventual condena en su contra. Esto significa que, en el hipotético, pero poco probable evento de que las pretensiones del demandante prosperen en contra de mi poderdante, la aseguradora que haya expedido la póliza garantizará el pago de dicha condena al demandante. Este pago sería en dinero en efectivo y non requerirá tramites adicionales, tales como el remate de bienes embargados. Además, la ejecución de una caución judicial de compañía de seguros prevista en el artículo 441 del Código General del Proceso es un trámite expedito que implica una mayor garantía para el beneficiario de la póliza judicial.

Debo manifestar al señor Juez, que con la contestación de la demanda se ha llamado en garantía a CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A., con el cual se tiene un contrato de seguro por virtud del cual fue expedida la POLIZA DE SEGURO DE

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA con el No. 52286 con vigencia del 30 de septiembre de 2021 hasta el 30 de marzo de 2023 y cobertura de $5.000.000.000 de pesos MCTE, para la fecha en que se recibió la reclamación, vigente para la época de los hechos en la modalidad de Claims Made, en la cual es tomador y asegurado la CLINICA IMBANACO S.A.S.

Lo anterior quiere decir que, si para el señor juez es suficiente con nuestro llamado en garantía para responder por una eventual condena, lo dejamos a su discrecionalidad.

Todo lo anterior se insiste debido a que una empresa como la CLINICA IMBANACO S.A.S. puede verse perjudicado en sus múltiples operaciones que como empresa de salud realiza y con una medida cautelar de esa naturaleza, perjudica la ejecución normal de sus actividades en materia de salud.

Del Señor Juez,

Atentamente,



GLORIA ELENA BLANCO LOPEZ
C. C. No. 38.567.553 de Cali
T.P. No. 182.103 del C.S. de la J.

Doctor
JUAN CARLOS ARTEAGA CAGUASANGO
JUEZ SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
J06cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co

Ref: Proceso verbal de Responsabilidad Civil
Dte: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
Ddo: CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A.
Rad: 760013103006-2022-00001-00
Asunto: Revocar el amparo de pobreza.

GLORIA ELENA BLANCO LOPEZ, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Cali, identificada con la cédula de ciudadanía No. 38.567.553 de Cali, abogada en ejercicio con T.P. No. 182.103 del C.S. de la J., obrando como representante judicial de la demandada **CLINICA IMBANACO S.A.S**, según certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Cali, el cual adjunto; en el proceso de la referencia, me permito pronunciarme al auto interlocutorio No. 454 del 18 de marzo de 2022, en su numeral cuarto.

OBJETO DEL RECURSO

Que se revoque la decisión tomada en el auto interlocutorio No. 454 del 18 de marzo de 2022, en su numeral 4° que textualmente dice:

> *"CUARTO: CONCEDER al demandante JAN CARLO ZAPARRATA VALENCIA, el amparo de pobreza solicitado conforme lo dispone el artículo 152 del C.G.P., en consecuencia, desde la fecha estará cobijado dentro de este asunto por los beneficios contemplados en el artículo 151 ibídem."*

HECHOS

1- El señor JAN CARLO ZAPARRATA VALENCIA, demandante en éste proceso, en escrito dirigido al señor Juez solcito amparo de pobreza el cual se encuentra estipulado en el artículo 151 y siguientes del C.G.P.

2- El señor Juez mediante el auto interlocutorio No. 454 del 18 de marzo de 2022, en su numeral 4° concedió el amparo de pobreza solicitado.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

El amparo de pobreza puede definirse como aquel mecanismo mediante el cual una persona pude alegar ante la autoridad judicial la carencia de recursos económicos que no le permiten sufragar los gastos de un proceso judicial, sin menoscabo de lo necesario para su digna subsistencia y de las personas que dependen económicamente de ella, con el propósito de que sea exonerada del pago de costas procesales, expensas cauciones, honorarios de auxiliares de la justicia, u otros gastos de la actuación procesal, viendo así garantizado su derecho al acceso efectivo a la administración de justicia.

El artículo 151 del C.G.P., Procedencia. Se concederá el amparo de pobreza a la persona que no se halle en capacidad de atender los gastos del proceso *sin menoscabo de lo necesario para su propia subsistencia y la de las personas a quienes por ley debe alimentos, salvo cuando pretenda hacer valer un derecho litigioso a título oneroso"*

Aunque es claro Señor juez de acuerdo a la jurisprudencia que no se debe probar su condición de pobre, pues basta afirmar dicha calidad bajo la gravedad del juramento que se considera efectuado con la presentación de la solicitud; también es cierto que se puedan cumplir con los requisitos formales pero las pruebas que obran en el expediente nos afirman que el demandante tiene capacidad económica como para afrontar los gastos que conllevan un proceso.

De los hechos de la demanda se extrae que es un profesional Administrador de Empresas (hecho primero). Que a la fecha posee un salario de once millones cuatrocientos once mil cuatrocientos treinta y nueve pesos m/cte. ($11.411.439) (hecho segundo), pues ocupa el cargo de Gerente Comercial en la Compañía Automotriz de Occidente S.A.S., también acompañan una certificación a los anexos de la demanda de su vinculación a la empresa, y que tiene un contrato a término indefinido, circunstancias estas que nos permiten inferir su estabilidad laboral como profesional y una remuneración que supera los dos salarios mínimos legales mensuales vigentes. Lo anterior permite concluir que el valor de los gastos procesales no atenta contra su derecho a la igualdad y menos al acceso a la administración de justicia, pues sus ingresos mínimos están garantizados a través de su salario.

De igual manera y a folios 131 a 135 anexo 7 de las pruebas de la parte demandante, en el "Informe de Evaluación Neuropsicológica", dentro de los datos personales además de que se confirma lo dicho anteriormente se refiere a su estado civil como soltero y sin hijos, por tanto, no tiene personas a su cargo que menoscaben sus gastos económicos o por lo menos no relacionó en su solicitud a las personas que por ley debe alimentos.

Con el debido respeto que el Señor Juez me merece, pero considero que no se interpretó las normas que gobiernan el amparo de pobreza en este caso particular con un alto

sentido de justicia, pues el demandante posee los recursos económicos suficientes para costear el proceso sin afectar su subsistencia y su vida digna.

PETICIÓN

Por lo anteriormente expuesto, ruego al Señor Juez revocar este beneficio dado al demandante teniendo en cuenta lo aquí manifestado y las pruebas mencionadas que hacen parte del proceso en la demanda y sus anexos.

Anexo una jurisprudencia del Tribunal Administrativo de Boyacá, M. Clara Elisa Cifuentes Ortiz. Expediente: 15001-2333-000-2017-00573-00

Del Señor Juez,

Atentamente,



GLORIA ELENA BLANCO LOPEZ
C. C. No. 38.567.553 de Cali
T.P. No. 182.103 del C.S. de la J.

Implantes y Sistemas Ortopédicos S.A.

NIT: 8000613577

Somos Autoretenedores según resolución No. 7662 Septiembre 12 de 2014, somos Grandes contribuyentes, según resolución No. 2031 Diciembre 23 de 2008
ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU 4659 ACTIVIDAD ECONÓMICA ICA 203 TARIFA 7.70 X1000

Régimen Común - Registro No. 03-5294-15

RESOLUCIÓN DIAN No. 18762001662951 POR COMPUTADOR RANGO AC15001 - AC18000 DEL 02/02/2017

FACTURA DE VENTA No. AC015122

NOM.CLIENTE:	CENTRO MEDICO IMBANACO	**FECHA DE FACTURA Día / Mes / Año**	**FECHA DE VENCIMIENTO Día / Mes / Año**
No. NIT:	8903072005	17.02.2017	18.04.2017
DIRECCION:	CRA 38 A 54 100	**FORMA DE PAGO:**	PAGO 60 DIAS
CIUDAD:	CALI	**REMISIÓN:**	200009095
TELEFONO:	6821000		
PACIENTE	JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA	**ID**	16719326
DOCTOR	CASAS GERARDO	**CLINICA**	CENTRO MEDICO IMBANACO

REFERENCIA	DESCRIPCION	PESO	CANT.	IVA%	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
DSN2299	ELECTRODO AGUJA INDIVIDUAL NIM- ECLIPSE	186,00 G	10	19	211.739	2.117.390
DSN1260	ELECTRODO AGUJA SENCILLO	7,60 G	1	19	192.391	192.391
DME1004	ELECTRODO TIERRA 35 X 5 CM NIM- ECLIPSE	15,40 G	1	19	154.022	154.022
9450003FN	ELECTRODOS (PARA EMG Y/O MEP) FIS-NE	0,00 KG	1	19	1.847.826	1.847.826
8600-1000	ALLOMATRIX DE 10.0 CC	400,00 G	1	0	5.588.370	5.588.370
7570955	TORNILLO DE SEGURIDAD	5,60 G	4	0	554.348	2.217.392
7571080	BARRA 5.5 X 80MM	9,20 G	1	0	831.522	831.522
7576545	TORNILLO LONGITUDE 6.5 X 45MM	7,40 G	1	0	831.522	831.522
7576550	TORNILLO LONGITUDE 6.5 X 50MM	24,00 G	3	0	831.522	2.494.566

OBSERVACIONES ORDEN No: 58194674 - 127146

NOTA IMPORTANTE:

Para efectos legales esta factura de venta se asimila a la Letra de cambio, según artículo 774 del código de comercio. Después de vencida esta factura cobraremos interés de mora máximo autorizado por la ley.

Se hace constar que la firma de una persona distinta al comprador indica que dicha persona se entiende autorizada expresamente por el comprador para firmar, reconocer la deuda y obligar al comprador.

VALOR BRUTO	16.275.001
DESCUENTO	0
IVA	819.210
SUBTOTAL	16.275.001
NETO A PAGAR	17.094.211

VALOR EN LETRAS

DIECISIETE MILLONES NOVENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS ONCE PESOS M/CTE

Juan C. Sepulveda
FEB 2017
Recibido por Medico Imbanaco Cali S.A.

Implantes y Sistemas Ortopédicos S.A.

Agencia Occidente: Trv. 5 No. 39-55 Barrio Tequen - Tels.: 57 2 4855610 - 57 2 4855611 - isocali@iso.com.co Cali

www.iso.com

ORIGINAL

CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A.

Informe de Recepción

BODEGA DE CENTRAL DE ESTERILIZACION

Fecha Comprobante : 16/02/2017

Nro. Informe Recepción : 58194674

ORIGINAL

Proveedor : 2039 IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS SA ISO

Numero Documento : 200008899 16/02/2017 Concepto :CC-COMPRAS POR CONTRATO

Orden de Compra : 126848 10/02/2017 11:41:01 Solicitud Par:70439

Codigo	Descripcion	Uni. Medida	Cant Solic. por OC.	Cantidad Recibida	Valor Unitario	Valor Total Compra	Valor Total sin Iva
40626075	SUSTITUTO OSEO INYECTABLE ALLOMATRIX PUTTY 10 CC REF 8600-1000 (ISO)	UND	1	1	$ 5.588.370,00	$ 5.588.370,00	$ 5.588.370,00
40662145	ELECTRODO AGUJA INDIVIDUAL NIM-ECLIPSE REF DSN2299 (ISO)*	UND	10	10	$ 251.969,41	$ 2.519.694,10	$ 2.117.390,00
[illegible]069	ELECTRODO AGUJA SENCILLO REF DSN1260 (ISO)*	UND	1	1	$ 228.945,29	$ 228.945,29	$ 192.391,00
40662348	ELECTRODOS (PARA EMG Y/O MEP) FIS - NE REF 9450003FN (ISO)*	UND	1	1	$ 2.198.912,94	$ 2.198.912,94	$ 1.847.826,00
40662360	SENSOR DE 35 X 5 CM 24PK NIM-ECLIPSE REF DME1004 (ISO)*	UND	1	1	$ 183.286,18	$ 183.286,18	$ 154.022,00

Total Ingreso : $ 10.719.208,51

Total Notas Débito: $ 0,00

Total Notas Crédito: $ 0,00

Observaciones : NOMBRE PACIENTE: ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO, NÚMERO HC: 5529142, NOMBRE MÉDICO: CASAS CASTILLO GERARDO, ENTIDAD: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.. CONVENIO

Procesado

HAYDEE OROZCO

Jefe Almacen

CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A.

Centro Médico Imbanaco® Nit:890.307.200-5
Vocación de Servicio CRA. 38 BIS NO. 5B2-04 Conmutador:6821000 SANTIAGO DE CALI COLOMBIA

ORDEN DE COMPRA No. 127146
MATERIALES

Proveedor: IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS SA ISO NI 800061357-7
Dirección: CR 47 A #114-17 Teléfono: 215-8355
Ciudad: BOGOTA (DISTRITO CAPITAL) Fax: 215-6255

Fecha Orden		
Dia	Mes	Año
17	02	2017

Código	Marca	Descripción	Invima	Und.Med.	Cant.	%Iva	Vr Unitario	Vr Total
40662472	MEDTRONIC	BARRA 5.5 X 80 MM REF 7571080 (ISO)	DM-00099 87-04/06/2023	UNIDAD	1	0	$ 831.522,00	$ 831.522,00
40662471	MEDTRONIC	TORNILLO DE SEGURIDAD REF 7570955 (ISO)	DM-00099 87-04/06/2023	UNIDAD	4	0	$ 554.348,00	$ 2.217.392,00
40662418	MEDTRONIC	TORNILLO LONGITUDE 6.5 X 45 MM REF 7576545 (ISO)	DM-00099 87-04/06/2023	UNIDAD	1	0	$ 831.522,00	$ 831.522,00
40662429	MEDTRONIC	TORNILLO LONGITUDE 6.5 X 50 MM REF 7576550 (ISO)	DM-00099 87-04/06/2023	UNIDAD	3	0	$ 831.522,00	$ 2.494.566,00

Forma de Pago: **Neto 90 Días, 10.00 % a 60 días.**

SUBTOTAL	$	**6.375.002,00**
I.V.A	$	**0,00**
TOTAL	$	**6.375.002,00**

Clausulas:

EL NO CUMPLIMIENTO A CUALQUIERA DE LAS CLÁUSULAS ANTERIORES ES CAUSAL DE RETRASO EN EL INFORME DE INGRESO DE LA MERCANCIA, AL IGUAL QUE EL PAGO DE LA FACTURA

Observación: Dist. Exclusivo / Pedido: 1526940 / Comprobante: 58194673 / Nombre Paciente: ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO, Número HG: 5529142, Nombre Médico: CASAS CASTILLO GERARDO, Entidad: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A. / Legalización de material de osteosíntesis / LA FACTURA CORRESPONDIENTE A ESTA ORDEN DE COMPRA DEBE SER RADICADA EN COMPRAS CMI Nombre Paciente: ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO, Número HG: 5529142, Nombre Médico: CASAS CASTILLO GERARDO, Entidad: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A. / Legalización de material de osteosíntesis / LA ~~FACTURA CORRESPONDIENTE A ESTA ORDEN DE COMPRA DEBE SER RADICADA EN COMPRAS CMI~~

IMPORTANTE: La factura debe ser idéntica en descripción y precio a la orden de compra.

ESPECIFICACIONES: El proveedor garantiza que la totalidad de los elementos adjudicados se encuentran en perfecto estado de conservación en empaques que impiden su alteración mientras sean correctamente almacenados sin fecha de expiración próxima y que reune los estandares de calidad propios de este tipo de suministros. Por lo tanto se compromete y ob[illegible] a sustituir sin costo adicional para el comprador todas las unidades que presentan defectos de calidad de empaque, cumpliendo con todas las especificaciones y los tiempos de el[illegible] contenidas en la cotización del 17 de Feb de 2017 documento que hace parte de esta orden de compra.

MODIFICACIONES O ADICIONES: Son consideradas modificaciones o adiciones previsibles el aumento o disminución de las cantidades adjudicadas, cambio de modelo de la marca por suspensión de la producción de lo adjudicado o cambio en la distribución interna de la clínica.

Entrega:Todos los productos requeridos por el CMI deben ser entregados en el Almacén General Sede Principal, dirección carrera 38 bis # 5B2 - 04 sótano dos, a menos que se reciba de la oficina de compras una indicación escrita diferente. Lo solicitado a través de orden de compra de materiales y orden de compra de activos debe ser entregado con FACTURA. En el caso de compra de repuestos para equipos, una vez se coloque el repuesto y el servicio firme al proveedor el documento de recibido a satisfacción, el proveedor debe enviar este documento a la oficina de compras para cerrar la orden de compra y tramitar el pago de la factura.

Multa:En caso de incumplimiento injustificado en la fecha de entrega estipulada en la oferta presentada por el proveedor y registrada en la orden de compra, este se hará acreedor a una multa equivalente al 1% del valor total de la orden de compra por cada día de atraso.

Centro Médico Imbanaco® NIt:890.307.200-5

Vocación de Servicio CRA. 38 BIS NO. 5B2-04 Conmutador:6821000 SANTIAGO DE CALI COLOMBIA

CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A.

ORDEN DE COMPRA No. 127146

MATERIALES

Proveedor: IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS SA ISO NI 800061357-7

Dirección: CR 47 A #114-17 Teléfono: 215-8355

Ciudad: BOGOTA (DISTRITO CAPITAL) Fax: 215-6255

Fecha Orden		
Dia	Mes	Año
17	02	2017

Código	Marca	Descripción	Invima	Und.Med.	Cant.	%Iva	Vr Unitario	Vr Total

Servicio: CIRUGIA

REVISO

Compras

APROBADA

Gerencia Administrativa

Gerencia Financiera

Fecha Entrega		
Dia	Mes	Año
27	02	2017

Aceptada

Firma y Sello Proveedor

IMPORTANTE: La factura debe ser idéntica en descripción y precio a la orden de compra.

ESPECIFICACIONES: El proveedor garantiza que la totalidad de los elementos adjudicados se encuentran en perfecto estado de conservación en empaques que impiden su alteración mientras sean correctamente almacenados sin fecha de expiración próxima y que reune los estandares de calidad propios de este tipo de suministros. Por lo tanto se compromete y obliga a sustituir sin costo adicional para el comprador todas las unidades que presentan defectos de calidad de empaque, cumpliendo con todas las especificaciones y los tiempos de entrega contenidas en la cotización del 17 de Feb de 2017 documento que hace parte de esta orden de compra.

MODIFICACIONES O ADICIONES: Son consideradas modificaciones o adiciones previsibles el aumento o disminución de las cantidades adjudicadas, cambio de modelo de la marca por suspención de la producción de lo adjudicado o cambio en la distribución interna de la clínica.

Entrega:Todos los productos requeridos por el CMI deben ser entregados en el Almacén General Sede Principal, dirección carrera 38 bis # 5B2 - 04 sótano dos, a menos que se reciba de la oficina de compras una indicación escrita diferente. Lo solicitado a través de orden de compra de materiales y orden de compra de activos debe ser entregado con FACTURA. En el caso de compra de repuestos para equipos, una vez se coloque el repuesto y el servicio firme al proveedor el documento de recibido a satisfacción, el proveedor debe enviar este documento a la oficina de compras para cerrar la orden de compra y tramitar el pago de la factura.

Multa:En caso de incumplimiento injustificado en la fecha de entrega estipulada en la oferta presentada por el proveedor y registrada en la orden de compra, este se hará acreedor a una multa equivalente al 1% del valor total de la orden de compra por cada día de atraso.

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326 /51 A os/Masculin
Tel:3747428/AVDA 8 NORTE NO. 10 - 98
Serv:Cirug#a
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:Programa ORO
NroEstudio:0
Ubi:SP SALA05
5529142

Implantes y Sistemas Ortopédicos

RELACION DE GASTOS DE CIRUGIA

Ciudad y fecha Cali, febrero 14 /2017 Remisión N°
Entidad IPS C.M.I Paciente Jan Carlo Zapparata
H.C. 16719326 Documento de Identidad 16719326
Cirujano Gerardo Casas EPS Centro Medico Imbanaco

GASTO CONFIRMADO			
REFERENCIA	DESCRIPCION	CANTIDAD	LOTE
DSN2299	Electrodo aguja individual Nim-eclipse	(10) Diez	
DSN1260	Electrodo Aguja Sencillo	(1) uno	
DME 1004	Electrodo tierra 35x5cm nim-eclipse	(1) uno	
014500038FN	Electrodos (Para Emg y/o mep) fis-Ne	(1) uno	
3600-1000	Allomatrix de 10.0cc	(1) uno	
7590955	Tornillo de Seguridad	(4) cuatro	
9590180	Barra 5.5x 80mm	(1) uno	
9576545	Tornillo longitude 6.5x 45mm	(4) uno	
9576550	Tornillo longitude 6.5x 50mm	(3) tres	

OBSERVACIONES Y /O ADICIONALES: _____

EL MATERIAL ESTERIL QUE SE DESTAPE CON O SIN INTENCIÓN SERA COBRADO POR IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS.

Karen Paramo Jg
FUNCIONARIO DE ISO

Centro Médico Imbanaco De Cali S.A.
CIRUJANO ENTIDAD

NOTA: POR FAVOR COLOCAR LOS STICKERS DE GASTOS EN LA PARTE INFERIOR DE ESTA HOJA (SI LOS HAY Y E DEL PRODUCTO CONSUMIDO).

WRIGHT Wright Medical Technology, Inc. 1023 Cherry Road Memphis, TN 38117, USA
REF 86001000
LOT 1583775
2020-12-31
2016-08-10
ALLOMATRIX® Injectable Putty
TISSUE SOURCE
AlloSource
6278 South Troy Circle
Centennial, Co 80111
AATB ACCREDITED
DONOR ID: 154941
vol:10cc
ATTACH TO PATIENT RECORD (2) STERILE R

A black and white copy of this document is not official.

The word "VOID" appears when photocopied.

"State of Florida" appears in small letters across the face of this 8½ x 11" document.

State of Florida

Department of State

APOSTILLE

(Convention de La Haye du 5 octobre 1961)

1. Country: United States of America

This public document

2. has been signed by J. Montealegre

3. acting in the capacity of Notary Public of Florida

4. bears the seal/stamp of Notary Public, State of Florida

Certified

5. at Tallahassee, Florida

6. the Fifteenth day of September, A.D., 2016

7. by Secretary of State, State of Florida

8. No. 2016-95480

9. Seal/Stamp:

GREAT SEAL OF THE STATE OF FLORIDA
IN GOD WE TRUST

10. Signature:

Ken Detzner

Secretary of State

DSDE 99 (2/12)

This document contains a true watermark. Hold up to light to see "SAFE" and "VERIFY FIRST."

8883577

Medtronic

Medtronic Inc.
710 Medtronic Parkway
Minneapolis, MN 55432
www.medtronic.com
Tel. 786-709-4200
Fax 786-709-4227

Miami, 1 de septiembre de 2016.

CARTA DE REPRESENTACIÓN

A quien corresponda,

Mediante la presente, como representante legal de Medtronic Inc., con domicilio en Estados Unidos, para las operaciones de Latino América, certifico que la compañía **IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS** con domicilio principal en Av. Calle 116, Nº 70D-53, Bogota, Colombia 111121, es importador/distribuidor autorizado para registrar, importar, distribuir, comercializar y vender las líneas de productos Medtronic de Infuse, Cervical, Kyphon Business, TL Spine.

La presente declaración no puede considerarse como sustituto o cambio alguno a acuerdos de representación y/o distribución firmado por **IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS** y Medtronic Logistics LLC siempre prevaleciendo los términos y disposiciones del contrato de distribución en caso de conflicto con esta declaración.

Esta declaración es válida hasta el 31 de Julio de 2017.

Medtronic Inc.
Gabriel Bonaventura
Representante Legal

STATE OF FLORIDA
COUNTY OF MIAMI-DADE

Sworn to (or affirmed) and subscribed before me this 1 day of Sept., 2016, by Gabriel Bonaventura.

Notary Public, State of Florida, USA.
Personally Known ✓.
Or Produced Identification _____.
Type of Identification _____.

J. MONTEALEGRE
MY COMMISSION EXPIRES
January 18, 2019
#FF 165602
Bonded thru Budget Notary Services
NOTARY PUBLIC, STATE OF FLORIDA

Medtronic
Legal

Clínica Imbanaco Grupo quirónsalud

Gloria Elena Blanco Lopez <gloria.blanco@imbanaco.com.co>

Dispositivos médicos Factura No. AC015122 expedida por ISO S.A.

1 mensaje

Tatiana perez <tatianaperez@iso.com.co> 27 de julio de 2022, 9:34
Para: "gloria.blanco@imbanaco.com.co" <gloria.blanco@imbanaco.com.co>

[Atención - Este mensaje proviene de una fuente externa, tenga especial atención antes de abrir archivos anexos o enlaces]

Doctora

GLORIA BLANCO

Asesora Jurídica

Centro Médico Imbanaco

Reciba un cordial saludo.

De acuerdo a nuestra conversación adjunto a este correo electrónico encontrará los documentos asociados a los dispositivos médicos suministrados al Centro Médico Imbanaco facturados por medio de título valor con número AC015122, que se encontraban vigentes en el momento que se suministró y expidió la respectiva factura, a saber:

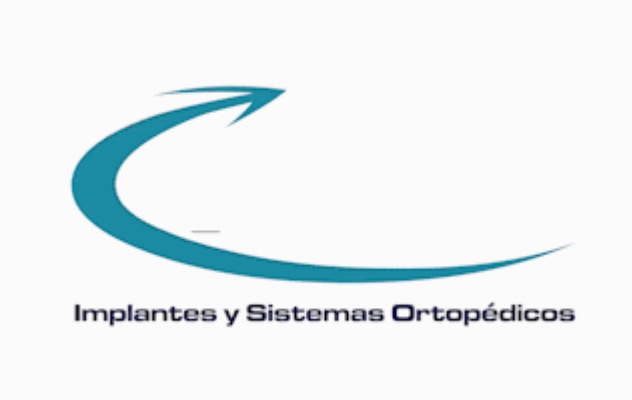
- Registros Sanitarios

REFERENCIA	DESCRIPCIÓN	REGISTRO SANITARIO
DSN2299	DUAL ELECTRODE, 2.5 M	INVIMA 2011EBC-0008118
DSN1260	SINGLE ELECTRODE, 1.5 M	INVIMA 2011EBC-0008118
DME1004	SINGLE GROUND ELECTRODE, 2.0 M	INVIMA 2011EBC-0008118
9450003FN	ELECTRODOS (PARA EMG Y/0 MEP) FIS-NE	INVIMA 2011EBC-0008118
8600-1000	ALLOMATRIX DE 10.0 CC	INVIMA 2014DM-0002851-R1
7570955	G4 INTERNAL HEX SET SCREW	INVIMA 2013DM-0009937
7571080	STRAIGHT ROD, 5.5MM	INVIMA 2013DM-0009937
7576545	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 6.5X45	INVIMA 2013DM-0009937
7576550	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 6.5X50	INVIMA 2013DM-0009937

- Certificado de calidad de Medtronic.
- Carta de representación emitida por Medtronic Inc.

Así mismo, se informa que Implantes y Sistemas Ortopédicos S.A. es solo un distribuidor autorizado de algunas lineas de producto de Medtronic Logistics LLC., que tiene presencia en el país, por medio de la sociedad Medtronic Colombia S.A.

Cordial saludo,



TATIANA PEREZ
Directora Jurídica & Compliance Officer

+(57601) 7458355

tatianaperez@iso.com.co
www.iso.com.co

Agencia Principal – Bogotá, Colombia
Calle 116#70d-53

AVISO DE PRIVACIDAD CORREO ELECTRONICO En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data, regulado por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios; IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS S.A., sociedad identificada con NIT. 800.061.357-7 y dirección electrónica iso@iso.com.co como empresa que almacena y recolecta datos de carácter personal, y en calidad de RESPONSABLE, debe informarle lo siguiente: El presente correo electrónico puede contener información confidencial o legalmente protegida y está destinado única y exclusivamente para el uso del destinatario(s) previsto, para su utilización especifica. Se le notifica por el presente que está prohibida su divulgación, revisión, transmisión, difusión o cualquier otro tipo de uso de la información contenida por personas extrañas al destinatario original. Si Usted no es el destinatario a quien se desea enviar este mensaje, tendrá prohibido darlo a conocer a persona alguna, así como a reproducirlo o copiarlo. Si recibe este mensaje por error, favor de notificarlo al remitente de inmediato y desecharlo de su sistema. Los correos electrónicos no son seguros y no se puede garantizar que estén libres de errores, ya que pueden ser interceptados, modificado, o contener virus. Cualquier persona que se comunica con nosotros por e-mail se considera que ha aceptado estos riesgos. IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS S.A. no se hace responsable de los errores u omisiones de este mensaje y niega cualquier responsabilidad por daños derivados de la utilización del correo electrónico. Cualquier opinión y otra declaración contenida en este mensaje y cualquier archivo adjunto son de exclusiva responsabilidad del autor y no representan necesariamente las de la empresa . De igual forma, los datos personales que por medio de este correo se soliciten serán tratados de acuerdo a las finalidades del objeto social de la sociedad, y con el fin de dar respuesta y brindar la información relacionada con los temas que sean de su interés y estén relacionados con la relación comercial u operacional que tiene con la sociedad. Los datos personales y de contacto serán conservados en la base de datos de la sociedad mientras mantenga dicha relación. En caso de querer presentar Consultas, Quejas o Reclamos puede realizar la solicitud al siguiente correo electrónico iso@iso.com.co o de forma presencial en las siguientes direcciones: Avenida calle 116 No.

70d-53 de la ciudad de Bogotá. Para más información sobre nuestra Política de Tratamiento de datos personales y sus modificaciones consulte nuestra página web www.iso.com.co

IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS S.A

2 adjuntos



image003.png
311K

Clínica Imbanaco.zip
22922K

Clínica Imbanaco
Grupo quirónsalud

Historia Clínica de la Atención

CIRUGIA

Dirección: **Carrera 38 BIS 5B2-04. SEDE PRINC 3**
Teléfono Directo: **5550** -- Conmutador: **5544**

Atención No.**7664908**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **51 Años 2 Meses 7 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **02-ene.-2017 7:00**
Fecha y hora de Atención **02-ene.-2017 6:26**
El paciente se moviliza por sus propios medios?
Medio de trasporte
Estado de llegada
Procedencia
Llegó remitido de

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							

Signos vitales

Fecha	P. A.	PAM	P. Pulm.	PPM	PVC	Temp °C	F.Card.	F. Resp	Sat O2	FIO2
02/ene./2017 08:28	115/87		/				87		98	
02/ene./2017 08:50	100/53		/				98		76	
02/ene./2017 08:55	98/61		/				98		76	
02/ene./2017 09:00	96/59		/				69		98	
02/ene./2017 09:15	95/60		/				74		98	
02/ene./2017 09:30	105/68		/				71		99	
02/ene./2017 09:45	110/68		/				71		96	

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- **(M431) ESPONDILOLISTESIS**		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

Nota Quirúrgica

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

02 enero 2017 08:46 - *(CIRUGIA)*
053103 BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO
Fecha: 02 ene. 2017 08:46
Lateralidad: No Aplica **Medico:** DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-
053202 NEUROLISIS DE PLEJO LUMBAR
Fecha: 02 ene. 2017 08:46
Lateralidad: Ambos **Medico:** DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

Descripción de acto quirúrgico / hallazgos

ASA **1** Tipo de Cirugia **Electiva** Tipo de Herida **Limpia** Tiempo de Cirugia **0**min Profilaxis **cefazolina**
Descripción Quirúrgica/Técnica / uso de dispositivos/ Material de Osteosíntesis y Otros:
LISTADECHEQUEOPREQUIRURGICAREVISION DE NEUROIMAGENESPLANEAMIENTOPREQUIRURGICO
ASEPSIA ANTISEPSIA CON CLORHEXIDINACAMPOS ESTERILESREGION LUMBOSACRA
VERIFICACION LATERALIDAD
MARCACION NIVELES
L3L4L4L5 L5S1
INFILTRACION LOCALDERMIS SUBDERMISXILOCAINASIMPLE AL 2%
PASO DE AGUJA CHIBA GUIADA A FACETAS BILATERALES L2L3 L3L4 L4L5 L5S1
VERIFICACION EN FLUOROSCOPIO
NEUROLISIS QUIMICA CON ACETONIDA DE TRIAMCINOLONA MAS BUPIVACAINA LEVOGIRA 2CC PÓRNIVEL
NO COMPLICACIONESOPTIMA EVOLUCION CLINICA
MEJORIA DE DOLOR EN UN 100%
TRANSLADOASALADE RECUPERACIION
INFORMEPOSTQX A FAMILIARES
Hallazgos:espondilolistesis l5s1 espondiloartrosis
Cantidad de sangrado aproximado (cc):0
Muestras enviadas a patología, si aplica:no
Complicaciones, si aplica:ninguna

Colaboradores

Anestesiologo 1: VELASQUEZ MALVENY LUIS MIGUEL
Cirujano 1 (Ppal): FUERTES BOLAÑOS DARIO FERNANDO

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

Control de Medicamentos

02 enero 2017 06:46 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: Ver registro de anestesia
* 02 Ene 2017 06:46 DORMICUM 5 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

02 enero 2017 08:17 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: Ver registro de anestesia
* 02 Ene 2017 08:17 AGUA ESTERIL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL. 1 AMPOLLA Via OTROS

* 02 Ene 2017 08:17 bupiNEST SIMPLE 0,75% (7,5 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via EPIDURAL

Observaciones: Ver registro de anestesia
* 02 Ene 2017 08:17 DEXAmetasona FOSFATO 4 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia
* 02 Ene 2017 08:17 DEXAmetasona FOSFATO 4 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **CINDY LILIANA CALVO TORRES** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1151938335

02 enero 2017 08:18 - *(CIRUGIA)*

* 02 Ene 2017 08:18 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **CINDY LILIANA CALVO TORRES** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1151938335

02 enero 2017 08:19 - *(CIRUGIA)*

* 02 Ene 2017 08:19 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 02 Ene 2017 08:19 FENtanilo 0,1mg / 2mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 02 Ene 2017 08:19 AGUA ESTERIL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL. 1 AMPOLLA Via OTROS

Firmado electrónicamente por **CINDY LILIANA CALVO TORRES** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1151938335

02 enero 2017 08:20 - *(CIRUGIA)*

* 02 Ene 2017 08:20 DEPOmedrol 40 mg / 1 mL SUSPENSION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via EPIDURAL

Firmado electrónicamente por **CINDY LILIANA CALVO TORRES** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1151938335

02 enero 2017 08:21 - *(CIRUGIA)*

* 02 Ene 2017 08:21 ROXIcaina SIMPLE 2% (20 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **CINDY LILIANA CALVO TORRES** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1151938335

02 enero 2017 08:30 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 02 Ene 2017 08:30 KENacort-A 50 mg / 5 mL SUSPENSION INYECTABLE VIAL x 5 mL 1 AMPOLLA Via INTRAARTICULAR

* 02 Ene 2017 08:30 ROXIcaina SIMPLE 2% (20 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

Firmado electrónicamente por **CINDY LILIANA CALVO TORRES** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1151938335

02 enero 2017 08:31 - *(CIRUGIA)*

* 02 Ene 2017 08:31 bupiNEST SIMPLE 0,75% (7,5 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

Firmado electrónicamente por **CINDY LILIANA CALVO TORRES** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1151938335

02 enero 2017 08:39 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 02 Ene 2017 08:39 EFFORTIL 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **CINDY LILIANA CALVO TORRES** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1151938335

02 enero 2017 10:42 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: SE ADMINISTRA POR ORDEN VERBAL DR DEL CASTILLO

* 02 Ene 2017 10:30 HIDErax INTRAMUSCULAR 100 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **INGRID JHOANNA JARAMILLO BARRERA** -- RECUPERADORA
Identificación CC 1144055109

Diagnósticos de Egreso	**Localización**	**Tipo DX**
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

Notas Aclaratorias

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

02 enero 2017 10:48 - *(CIRUGIA)*

10:00 PACIENTE QUE REFIERE NECESITA INCAPACIDAD MEDICA , SE LLAMA AL DR FUERTES QUIEN REFIERE VA A ENVIARLA AL DOMICILIO SE DA DIRECCION

10:20 PACINETE QUE AL MOMENTO DE EGRESAR REFIERE RASH GENERALIZADO NO SE OBSERVA ERITEMA NI LESIONES DE RASH, SE CONSULTA CON EL DR DEL CASTILLO QUIEN ORDENA ADMINISTRAR HIDERAX AMPOLLA 100MG EV .

Firmado electrónicamente por **INGRID JHOANNA JARAMILLO BARRERA** -- RECUPERADORA
Identificación CC 1144055109

Datos de Enfermeria

Dispositivos Invasivos

Firmado Electrónicamente por **FUERTES BOLAÑOS DARIO FERNANDO**
Identificación **CC 98400191**
Especialidad **CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES**
Tarjeta Profesional **525831/200**

Clínica Imbanaco
Grupo quirónsalud

Historia Clínica de la Atención

HOSPITALIZACION

Dirección: **CRA. 38A NO. 5A - 100. TORRE A Ninguno**
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **1320**

Atención No.**7771916**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **51 Años 3 Meses 23 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **15-feb.-2017 0:34**
Fecha y hora de Atención **15-feb.-2017 0:35**
El paciente se moviliza por sus propios medios? **No**
Medio de trasporte
Estado de llegada **Alerta**
Procedencia **Cirugia**
Llegó remitido de

Causa de Consulta y Anamnesis

Causa del evento: **CIRUGIA**
Fecha de ocurrencia: Tiempo de evolución: **5 Horas** Tipo de evento: **Otra**
Tipo consulta PyP: Sito de ocurrencia:

Enfermedad Actual - (Anamnesis)

paciente quien ingreso programado para intervencion qx
decubito supino:
asepsia del campo quirurgico con duraprep
se realiza abordaje paramediano der previa localizacion del nivel l5-s1 con fluoroscopio, se exponen los rectos abdominales, se realiza diseccion roma, se encuentra imposibilidad para la diseccion retroperitoneal por adeherencia del mismo a la fascia. por lo cual se decide no preoseguir con el procedimiento de via anterior por el riesgo de lesion de viscera hueca
decubito prono:
asepsia con duraprep
abordaje de l5 a s1, diseccion por planos hasta exponer laminas y tranversas de l5 y aleron sacro
con fluoroscopio se ubican los pediculos en l5 y s1 y se colocan los tornillos transpediculares (4 tornillos medtronic-iso) con adecuado posicionamiento verificado en el fluroscopio
se realiza osteotomia facetaria bilateral via posterior
se procede a realizar el procedimiento de gill, retiro de la lamina de l5, la cual esta sin fusion por la espondilolistesis
se realiza descompresion del canal por foraminotomia bilateral, verificando la amplitud de los foramenes con el palpador dental
se coloca las barras (1 barra de 8 dividida en 2) y se ajustan con los topes (4)
se realiza artrodesis intertransversa de l5 a s1 con autoinjertos + matrix osea 10 cc de iso
se realiza hemostasia con sirgicel, bipolar
se aplica vancomicina 2 frascos topicos en la herida
cierre por planos
se cubre herida con tegaderm y apositos
trasladan a piso para recuperación post quirúrgica

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)

Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							

Signos vitales

Fecha	P. A.	PAM	P. Pulm.	PPM	PVC	Temp °C	F.Card.	F. Resp	Sat O2	FIO2
15/feb./2017 00:53	100/60		/			36	78	20	97	
15/feb./2017 06:25	101/61		/			36.1	70	20	96	
15/feb./2017 09:15	134/87		/			37.1	94	20	95	
15/feb./2017 14:00	108/59		/			36.2	96	19	93	
15/feb./2017 21:00	109/64		/			36.1	94	18	95	
16/feb./2017 06:00	105/65		/			36.3	88	19	95	
16/feb./2017 10:00	117/69		/			35.8	92	19	94	
16/feb./2017 16:00	113/68		/			36.6	87	20	95	
16/feb./2017 23:26	140/94		/			36	87	20	95	
17/feb./2017 05:52	119/91		/			36.2	75	20	96	
17/feb./2017 09:00	137/91		/			36.3	87	20	96	
17/feb./2017 15:00	142/85		/			36.2	100	19	94	
17/feb./2017 20:00	120/70		/			36.8	92	19	96	
18/feb./2017 06:26	110/71		/			36.4	89	19	95	
18/feb./2017 08:00	114/74		/			36.2	73	18	94	
18/feb./2017 14:50	111/74		/			36.2	73	18	94	
18/feb./2017 21:00	122/73		/			36.2	92	19	96	
18/feb./2017 21:00			/			36.2	92	19	96	
19/feb./2017 06:00	114/73		/			36.1	82	19	94	
19/feb./2017 10:33	144/89		/			36.2	88		96	

Revisión por Sistemas

15 febrero 2017 00:53 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones. . . . . **Revisión por sistemas negativo**

Firmado electrónicamente por **DIANA MARIA SANCLEMENTE MONTALVO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 762172/201 Identificación CC 1115063449

Examen Físico

15 febrero 2017 00:53 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Estado General.	**buenas condiciones generales luce bien e hidratado**
Cabeza.	normal
Boca y Faringe.	**mucosas húmedas conjuntivas rosadas**
Cuello.	**móvil sin dolor**
Tórax.	**rscsrs no soplos ascsvs sin agregados no se explora espalda**
Abdomen.	**blando sin dolor**
Genito - Urinario.	**se omite**
Musculo-esquelético.	**sin deficit**
Neurológico.	normal
Piel.	normal
Analisis.	**paciente pop exploración canal medular en el momento eva 8/10 se adiciona analgesia**
Observaciones.	**Revisión por sistemas negativo**

Firmado electrónicamente por **DIANA MARIA SANCLEMENTE MONTALVO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 762172/201 Identificación CC 1115063449

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **ISABEL RUIZ PONCE DE LEON** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1144058222 Identificación CC 1144058222

Notas de Evolución

15 febrero 2017 08:35 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.1

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS

reporte de paraclínicos
hemograma: leuc 16680 n 86.9% linf 6.1% hb 15.1 plt 185000: leucocitosis, hb y plt normal
se solicita terapia física respiratoria orden de dr casas

Firmado electrónicamente por **ANA MARIA SANCHEZ LIBREROS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 761842/201 Identificación CC 1116433621

15 febrero 2017 16:53 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.1

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS. PACIETNE POP DE LSITESIS L5-S1 REFEIRE DOLOR CERVICAL INTENSO Y LUMBAR CON MUY MAL CONTROL DEL DOLOR A PESAR DE LA HIDROMORFONA CON HORARIO
SE DECIDE SOLICITA INTERCONSULTA A CLINICA DEL DOLOR

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

15 febrero 2017 19:52 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.1
Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS

1, Pop Exploración y descompresión de canal raquídeo + Osteotomía vertebral via anterior y posterior y Artrodesis de la región lumbosacra 14/02
2, dm
3, hta

paciente con mal control del dolor , se comenta con Dr Serrano (hsd), indica suspender ketorolaco, ajuste de hidromorfona 0.6 mg cad a6 horas, rescates de 0.3 mg, acetaminofén 1 gr cada 8 horas, profenid 100 mg cada 12 horas .

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA QUIÑONES GUERRERO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 765331/09 Identificación CC 38461578

15 febrero 2017 20:04 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.1

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS
POP CORRECCION DE ESPONDILOLISTESIS INSTRUMENTACION POSTERIOR LUMBOSACRA L5S1
MEJORIA DE DOLOR EN PIERNAS
OCASIONAL DOLOR EN PIERNA DERECHA POSTERIOR A DEAMBULACION
REFIERE DOLOR CERVICAL AXIAL QUE MEJORA CON MOVILIZACION Y MEDIOS IFISICOS
BUEN ESTADO GRAL CONCIENTE ALERTA ACTIVA ORIENTADA NO SIGNOS DE ALARMA NEUROLOGICOS ADECUADA MOVILIDAD DE EXTREMIDADES FUERZA L2L3L4L5S1 BILAT 5/5 SENSBILIDAD CONSERVADA
FC65XMIN FR18 XMIN

CONSIDERARMOS MANEJO DE REHABILITACION
TITULACION ANALGESIC
CONTROL AMBULATORIO

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

16 febrero 2017 08:29 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS

reformulación

Firmado electrónicamente por **ISABEL RUIZ PONCE DE LEON** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1144058222 Identificación CC 1144058222

Notas de Interconsultas

16 febrero 2017 17:17 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

HOSPITAL SIN DOLOR

Pte que refiere historia de dolor lumbar crónico (aprox. 1 año), que irradiaba a ambos MsIs, tipo corrientazo, ardor en pies, que manejaba con Lyrica cada 12 horas 75 mg, hace aprox 1 mes dolor intenso a nivel lumbar con irradiación a MsIs, limita su movilidad logra caminar desde la cama al baño con esfuerzo. Pte lo relaciona con procedimiento de bloqueo a nivel lumbar.

Ahora pte en POP x espondilolistesis L5 - S1, se realizo inicialmente abordaje anterior y posteriormente abordaje posterior, Cx sin complicaciones. Pte refiere que posterior a la Cx el dolor cambia de características, ahora es más localizado en región lumbar que se aumenta con los cambios de posición, desaparece el "corrientazo" y ardor en pies, ahora lo refiere como sensación de "taladro" en MID principalmente.
Ayer se dio indicación de iniciar Profenid con el cual siente mejoría y logra dormir mas, así como desplazarse dentro de la habitación y realizar fisioterapia.
Tolera VO , no deposición desde hace 3 días, sensación de deseo fecal y flatos (+). Diuresis abundante.

Al EF pte alerta, orientado, hidratado, en aceptables condiciones generales.
Cardiopulmonar sin soplos o sobreagregados.
Abdomen con sitio Qco cubierto, sin secreción o sangrado. Leve distensión de marco cólico sin defensa o irritación peritoneal.
MsIs sin cambios en la sensibilidad, permite arcos de movimiento con dolor leve con arcos extremos en Mov de cadera.

Pte con antecedente de espodilolistesis, dolor lumbar crónico con componente neuropático, ahora en POP corrección de espondilolistesis con dolor de componente somático no controlado. Se ajusta analgesia así: suspender Dynastad, segui Profenid cada 12 horas IV, aumentar pregabalina en la noche queda con 75 mg am y 150 mg pm, iniciar Winadeine F cada 6 horas y suspender acetaminofén de horario. Se deja de rescate Oxyrapid 2 mg. Pte refiere reacción de "eritema" tras la aplicación de hidromorfona, sin prurito que puede ser ocasionada por liberación de histamina, por lo que se suspende hidromorfona.
Se deja PEG 17 g por estreñimiento.
Resto de manejo igual.

Dr. Rubén Dario Serrano V

Firmado electrónicamente por **GRUPO HOSPITAL SIN DOLOR MARIA MERCEDES FAJARDO** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: 654893 Identificación CC 397790191

Notas de Evolución

16 febrero 2017 19:58 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS REFEIRE EMJORI CONTROL DEL DOLOR, NO VOMITO, AFEBRIL, SE ENCUENTRA LA CURACION CON ABUNDANTE MATERIAL SANGUINOLENTO POR LO CUAL SE SOLICITA CURACION POR ENFERMERIA. ESTA CON ESTREÑIMIENTO, SE ORDENA ENEMA
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

17 febrero 2017 07:57 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.3

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS
pop DESCOMPRESION INSTRUMNETACION ARTRODESIS LUMBOSACRA
MEJORIA DE SANGRADO POP EN HERIDA QX. NO SANGRADO ACTIVO
ANOCHE DEPOSICION
NO DOLOR EN EXTREMIDADES
BUEN ESTADO GRAL CONCIENTE ALERTA ACTIVO ORIENTADO EX NEUROLOGICO DISTAL SIN DEFICIT
HERIDAS QX ANTERIOR Y POST NORMALES SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO
ESTABLE HEMODINAMCAMENTE BUEN ESTADO GRAL
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

17 febrero 2017 08:05 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.3
Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS

reporte de radiografía
17/02 rx cls Se obsrva listesis grado I de L5 sobre S1 . elementos de fijación posterior , ausencia parcial de los elementos posteriores a nivel de l5

adecuada fijación de protesis
plan igual manejo

Firmado electrónicamente por **DIANA MARIA SANCLEMENTE MONTALVO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 762172/201 Identificación CC 1115063449

17 febrero 2017 16:18 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.3

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS
reformulación

Firmado electrónicamente por **ELIZABETH MILENA ARCINIEGAS BASTIDAS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 70264/2011 Identificación CC 1085250474

17 febrero 2017 21:11 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.3
Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS or orden de medico tratante sulfato de magnesio y agua caliente

Firmado electrónicamente por **MATILDE FLOREZ DIMITRIO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76/2814/19 Identificación CC 66833380

18 febrero 2017 09:10 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.4
Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS
pop CORRECCION ESPONDILOLISTESIS INSTRUMNENTACION FUSION ANTERIOR L5S1
MEJORIA DE DOLOR AXIAL EN UN 70%
ESTREÑIMIENTO ASOCIADO
BUEN ESTADO GRAL CONCIENTE ALERTA ACTIVO ORIENTADO FC65XMIN FR18XMIN HERIDA QX SANA SIN SIGNOS LOCALES DE INFECCION EX NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO EN EXTREMIDADES LASSEGUE NEGATIVO BRAGARD NEGATIVO ROT ++/+++
NO SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO
CONSIDERO INICIO Y CONTINUACION DE DEAMBULACION ASISTIDA TERAPIA FISICA

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

18 febrero 2017 09:26 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.4
Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS
orden de glucometrias preprandiales

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

18 febrero 2017 21:56 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.4
Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS

nota medica
paciente refiere que con peg no ha podido realizar deposición. tiene indicado el 16 feb que si persiste estreñido pasar enema rectal, por lo cual se indica.
seguir mañana con bisacodilo
de otro lado esta con liquidos a 120 cc ssn, paciente esta comiendo bien y asintomático. considero se puede dejar con

tapon venoso

Firmado electrónicamente por **DIANA MARIA SANCLEMENTE MONTALVO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 762172/201 Identificación CC 1115063449

19 febrero 2017 14:04 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.5
Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS
Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS
POP CORRECCION ESPONDILOLISTESIS INSTRUMNENTACION FUSION ANTERIOR L5S1
MEJORIA DE DOLOR AXIAL EN UN 70%
ESTREÑIMIENTO ASOCIADO
BUEN ESTADO GENERAL CONCIENTE ALERTA ACTIVO ORIENTADO FC65XMIN FR18XMIN HERIDA QX SANA SIN SIGNOS LOCALES DE INFECCION EX NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO EN EXTREMIDADES LASSEGUE NEGATIVO BRAGARD NEGATIVO ROT ++/+++
NO SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO

SE CONSIDERA ALTA MEDICA
INDICACIONES DE TERAPIA FISICA DOMICILIARIA
ANALGESIA SEGUN DOLOR
CITA CONTROL EN 1 SEMANA. CONSULTORIO CALLE 23 BN NUMERO 3N57 DR FUERTES JUEVES 2 MARZO 11.30 AM

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

20 febrero 2017 15:44 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.6
Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS
(M431) ESPONDILOLISTESIS

se cargan medicamentos ambulatorios

Firmado electrónicamente por **ANDRES MAURICIO GOMEZ SIERRA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76-5650 Identificación CC 94528681

20 febrero 2017 15:53 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.6

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS
(M431) ESPONDILOLISTESIS
(M431) ESPONDILOLISTESIS
paciente Pop Exploración y descompresión de canal raquídeo + Osteotomía vertebral via anterior y posterior y Artrodesis de la región lumbosacra que requiere manejo con pregabalina para el dolor Por tal motivo requiere PREGABALINA en CAPSULAS X 75 MG

(M431) ESPONDILOLISTESIS
paciente Pop Exploración y descompresión de canal raquídeo + Osteotomía vertebral via anterior y posterior y Artrodesis de la región lumbosacra que requiere manejo con pregabalina para el dolor Por tal motivo requiere HIDROCODONA BITARTRATO+ ACETAMINOFEN en TABLETAS X 5MG+ 325

Firmado electrónicamente por **ANDRES MAURICIO GOMEZ SIERRA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76-5650 Identificación CC 94528681

Nota de Egreso

19 febrero 2017 14:05 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

paciente quien ingreso programado para intervencion qx Exploración y descompresión de canal raquídeo + Osteotomía vertebral via anterior y posterior y Artrodesis de la región lumbosacra

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS
POP CORRECCION ESPONDILOLISTESIS INSTRUMNENTACION FUSION ANTERIOR L5S1
MEJORIA DE DOLOR AXIAL EN UN 70%

ESTREÑIMIENTO ASOCIADO
BUEN ESTADO GENERAL CONCIENTE ALERTA ACTIVO ORIENTADO FC65XMIN FR18XMIN HERIDA QX SANA SIN SIGNOS LOCALES DE INFECCION EX NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO EN EXTREMIDADES LASSEGUE NEGATIVO BRAGARD NEGATIVO ROT ++/+++
NO SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO

SE CONSIDERA ALTA MEDICA
INDICACIONES DE TERAPIA FISICA DOMICILIARIA
ANALGESIA SEGUN DOLOR
CITA CONTROL EN 1 SEMANA. CONSULTORIO CALLE 23 BN NUMERO 3N57 DR FUERTES JUEVES 2 MARZO 11.30 AM

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Se dan recomendaciones al paciente/familia

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

Ordenes de Examenes

15 febrero 2017 00:55 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* (Hora: 00:55) 902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO Ubicación **No Aplica**

Firmado electrónicamente por **DIANA MARIA SANCLEMENTE MONTALVO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 762172/201 Identificación CC 1115063449

15 febrero 2017 16:54 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* (Hora: 16:54) 890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO) Ubicación **No Aplica**

Observaciones DOLOR POSTQUEIRURGICO DE DIFICL CONTROL

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

16 febrero 2017 20:01 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* (Hora: 20:01) 871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA Ubicación **No Aplica**

Observaciones CONO EN L5-S1, ISNTRUMENTACION L5-S1

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

19 febrero 2017 14:16 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* (Hora: 14:16) 890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES) Ubicación **No Aplica**

Observaciones CITA DE CONTROL EN 8 DIAS
DOCTOR FUERTES
CIRJANO DE COLUMNA

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

19 febrero 2017 14:18 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* (Hora: 14:18) 890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (FISIOTERAPIA) Ubicación **No Aplica**

Observaciones TERAPIA FISICA DOMICILIARIA

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

Ordenes de Medicamentos

15 febrero 2017 00:53 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* ALPRazolam 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: UNA
  Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: C/NOCHE Dilución:

* ESOmeprazol 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: UNA
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia: CADA 24 HORAS Dilución:

* BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación**: UNA

Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C/8 HORAS Dilución:

* DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C/24 HORAS Dilución:

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía:VO Frecuencia: C/12 HORAS Dilución:

* HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: CADA 4 HORAS Dilución: DILUIR EN 10 CC Y APLICAR 4 CC

* KETOROLACO 30 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 1 amp
Observaciones: aplicar 1 amp ev cada 8 horas si persiste el dolor con medicamentos previos

Firmado electrónicamente por **DIANA MARIA SANCLEMENTE MONTALVO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 762172/201 Identificación CC 1115063449

15 febrero 2017 16:53 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* HIDErax 25 mg TABLETA **Dosificación**: 1 TAB
Observaciones: 1 TAB VO CADA 12 HORAS

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

15 febrero 2017 19:50 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* KETOROLACO 30 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 1 amp
Observaciones: aplicar 1 amp ev cada 8 horas si persiste el dolor con medicamentos previos
Suspendido por: cambio de tratamiento

* HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL **Dosificación**: 0.6 mg
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: CADA 6 HORAS Dilución: DILUIR EN 10 CC Y APLICAR 3 CC.Administrar rescates de 0.3 (1.5 cc) entre dosis en caso de eva > 4/10

* PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 100MG
Observaciones: EV CADA 12 HORAS

* DOLEX 500 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación**: 1 gr
Observaciones: Vía: oral Frecuencia: 8 horas

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA QUIÑONES GUERRERO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 765331/09 Identificación CC 38461578

15 febrero 2017 20:04 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* DOLEX 500 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación**: 1 gr
Observaciones: Vía: oral Frecuencia: 8 horas

* HIDErax 25 mg TABLETA **Dosificación**: 1 TAB
Observaciones: 1 TAB VO CADA 12 HORAS

* BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C/8 HORAS Dilución:

* ALPRazolam 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: C/NOCHE Dilución:

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía:VO Frecuencia: C/12 HORAS Dilución:

* ESOmeprazol 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: CADA 24 HORAS Dilución:

* DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C/24 HORAS Dilución:

* LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB2323 **Dosificación**: 2
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: PASAR A 120 CC POR HORA Dilución:

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

16 febrero 2017 08:29 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* ALPRazolam 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: UNA

Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: C/NOCHE Dilución:

* BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C/8 HORAS Dilución:

* DOLEX 500 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación**: 1 gr
Observaciones: Vía: oral Frecuencia: 8 horas

* DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C/24 HORAS Dilución:

* ESOmeprazol 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: CADA 24 HORAS Dilución:

* HIDErax 25 mg TABLETA **Dosificación**: 1 TAB
Observaciones: 1 TAB VO CADA 12 HORAS

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía:VO Frecuencia: C/12 HORAS Dilución:

* PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 100MG
Observaciones: EV CADA 12 HORAS

Firmado electrónicamente por **ISABEL RUIZ PONCE DE LEON** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1144058222 Identificación CC 1144058222

16 febrero 2017 17:18 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 1 cap
Observaciones: (75 mg) 8 am y 2 cap (150 mg) a las 8 pm

* DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C/24 HORAS Dilución:
Suspendido por: Fin de manejo

* DOLEX 500 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación**: 1 gr
Observaciones: Vía: oral Frecuencia: 8 horas
Suspendido por: Fin de manejo

* HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL **Dosificación**: 0.6 mg
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: CADA 6 HORAS Dilución: DILUIR EN 10 CC Y APLICAR 3 CC.Administrar rescates de 0.3 (1.5 cc) entre dosis en caso de eva > 4/10
Suspendido por: Fin de manejo

* WINADEINE F 325 mg + 30 mg TABLETA **Dosificación**: 1 TAB
Observaciones: VO CADA 6 HORAS

* oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 2 mg
Observaciones: IV solo en caso de dolor no controlado. Rescates

* PEG POLIETILENGLICOL 100 gramos POLVO PARA SUSPENSION ORAL FRASCO x 160 g **Dosificación**: 17 g
Observaciones: VO, cada 24h. Suspender si hay diarrea

Firmado electrónicamente por **GRUPO HOSPITAL SIN DOLOR MARIA MERCEDES FAJARDO** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: 654893 Identificación CC 397790191

16 febrero 2017 19:58 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* PEG POLIETILENGLICOL 100 gramos POLVO PARA SUSPENSION ORAL FRASCO x 160 g **Dosificación**: 17 g
Observaciones: VO, cada 24h. Suspender si hay diarrea

* oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 2 mg
Observaciones: IV solo en caso de dolor no controlado. Rescates

* WINADEINE F 325 mg + 30 mg TABLETA **Dosificación**: 1 TAB
Observaciones: VO CADA 6 HORAS

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 1 cap
Observaciones: (75 mg) 8 am y 2 cap (150 mg) a las 8 pm

* PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 100MG
Observaciones: EV CADA 12 HORAS

* ESOmeprazol 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: CADA 24 HORAS Dilución:

* HIDErax 25 mg TABLETA **Dosificación**: 1 TAB
Observaciones: 1 TAB VO CADA 12 HORAS

* BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C/8 HORAS Dilución:

* ALPRazolam 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: C/NOCHE Dilución:

* BISACODIL 5 mg TABLETA DE LIBERACION RETARDADA **Dosificación**: 5 MG
Observaciones: 1 TAB VO CADA NOCHE, SUSPENDER SI HAY DIARREA

* travaD (16 g + 6 g) / 100 mL SOLUCION RECTAL BOLSA x 133 mL **Dosificación**: 1 enema
Observaciones: aplicar 1 enema MAÑAN SI NO HACE DEPOSICION

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

17 febrero 2017 16:18 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* HIDErax 25 mg TABLETA **Dosificación**: 1 TAB
Observaciones: 1 TAB VO CADA 12 HORAS

* BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C/8 HORAS Dilución:

* BISACODIL 5 mg TABLETA DE LIBERACION RETARDADA **Dosificación**: 5 MG
Observaciones: 1 TAB VO CADA NOCHE, SUSPENDER SI HAY DIARREA

* WINADEINE F 325 mg + 30 mg TABLETA **Dosificación**: 1 TAB
Observaciones: VO CADA 6 HORAS

* ALPRazolam 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: C/NOCHE Dilución:

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 1 cap
Observaciones: (75 mg) 8 am y 2 cap (150 mg) a las 8 pm

* PEG POLIETILENGLICOL 100 gramos POLVO PARA SUSPENSION ORAL FRASCO x 160 g **Dosificación**: 17 g
Observaciones: VO, cada 24h. Suspender si hay diarrea

* PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 100MG
Observaciones: EV CADA 12 HORAS

* ESOmeprazol 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: UNA
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: CADA 24 HORAS Dilución:

* oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 2 mg
Observaciones: IV solo en caso de dolor no controlado. Rescates

Firmado electrónicamente por **ELIZABETH MILENA ARCINIEGAS BASTIDAS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 70264/2011 Identificación CC 1085250474

17 febrero 2017 21:11 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* SULFATO DE MAGNESIO POLVO BOLSA x 125 gramos **Dosificación**: 3
Observaciones: MEDIOS FISICOS, CURACIONES CON SULFATO DE MGNESO EN MIEMBRO SUPERIOR X FLEBITIS DIARIAS

Firmado electrónicamente por **MATILDE FLOREZ DIMITRIO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76/2814/19 Identificación CC 66833380

20 febrero 2017 15:53 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 75 MG
Observaciones: VO CADA NOCHE

* SINALGEN 5 mg + 325 mg TABLETA **Dosificación**: 1 TABLETA
Observaciones: CADA 8 HORAS

Firmado electrónicamente por **ANDRES MAURICIO GOMEZ SIERRA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76-5650 Identificación CC 94528681

Ordenes Generales

15 febrero 2017 08:36 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Terapia física 2 al dia
Terapia respiratoria 1 al dia

Firmado electrónicamente por **ANA MARIA SANCHEZ LIBREROS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 761842/201 Identificación CC 1116433621

15 febrero 2017 20:05 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Terapia física DOS VECES AL DIA ESTIMULAR DEAMBULACION

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

16 febrero 2017 17:21 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

1. Otras ordenes: Suspender hidromorfona, acetaminofen, Dynastad.

Firmado electrónicamente por **GRUPO HOSPITAL SIN DOLOR MARIA MERCEDES FAJARDO** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: 654893 Identificación CC 397790191

16 febrero 2017 20:00 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Curación de herida

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

17 febrero 2017 07:57 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Avisar cambios a Dr(a) al tel: DARIO FUERTES TELF 3017034510

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

18 febrero 2017 21:56 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Otras ordenes: retirar lev y dejar tapon

Firmado electrónicamente por **DIANA MARIA SANCLEMENTE MONTALVO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 762172/201 Identificación CC 1115063449

Notas de Enfermeria

15 febrero 2017 03:14 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

00h Ingresa paciente al servicio de hospitalización proveniente de cirugía, llega en camilla en compañía de familiares, auxiliar de enfermería y mensajero de turno, consiente y orientado en sus tres esferas, respirando al medio ambiente, apertura ocular espontanea, tono de piel pálido, con venopuncion en dorso de mano derecha por donde pasa infusión de Ringer 120cc/h por bomba Braun, no signos de flebitis, abdomen blando y depresible sin dolor a la palpación, hdas qx en región abdominal lumbar cubierto con leukomet limpio y seco, tiene sonda vesical conectada a cystoflo con orina amarilla colurica, moviliza sus 4 extremidades.
Se realiza control de signos vitales los cuales están dentro de parámetros normales, paciente que se observa ansioso, con dolor, es valorado por medica hospitalaria, se deja hielo local en cuello.

Firmado electrónicamente por **NATALIA MORENO SUAREZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144148911

15 febrero 2017 06:25 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

02h Paciente que no logra conciliar el sueño por orden medica se administra ZOPICLONA 2Tabletas (CONCILIACION).
06h Paciente que pasa el resto de la noche tranquilo, permanece acompañado, recibe tratamiento médico ordenado, se retira sonda vesical sin complicaciones, p/ eliminación espontanea, duerme a intervalos muy cortos, queda en habitación sin cambios notorios.

Firmado electrónicamente por **NATALIA MORENO SUAREZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144148911

15 febrero 2017 13:04 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

7:00am- 13:00h Recibo paciente en cama con barandas elevadas, despierto, consciente, orientado en tiempo, lugar y persona, tolerando oxigeno a medio ambiente sin dificultad, se observa acceso venoso en miembro superior derecho pasando ringer a 120cc/h, herida quirúrgica en inguinal derecha cubierto con leukomed limpio y seco y en región lumbar , durante la mañana se realiza toma de signos vitales los cuales se encuentran dentro de los parámetros normales, paciente que se observa muy álgido, se le administra analgesia ordenada y tratamiento farmacológico ordenado, ordenan terapia física veces al dia, fisioterapeuta realiza terapia paciente deambula hasta el baño, se realiza baño asistido por personal de enfermería, , se cambian tendidos, se deja paciente en silla reclinomatica, recibe via oral, elimina espontaneo sin dificultad, no realiza deposición. 13:00h Queda paciente en silla reclinomatica en compañía de familiar en iguales condiciones.

Firmado electrónicamente por **YULI DANIELA QUIROGA DAVILA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144181422

15 febrero 2017 19:05 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

14:00h Se realiza toma de signos vitales los cuales se encuentran dentro de los parámetros normales, paciente muy álgido, durante la tarde pasa en la silla reclinomatica, recibe via oral y tolera, se le administra tratamiento farmacológico ordenado, 15:45h se adelanta dosis de hidromorfona por orden medica, paciente que presenta enrojecimiento en cara y cuello, es valorado por medica hospitalaria ordenan pasar bolo de 100cc de ssn , con lo cual sede un poco, ordenan hiderax el cual esta pendiente administrar, paciente que duerme intervalos cortos, pero refiere dolor constante, permanece con medias

antiembolicas, elimina espontaneo, no realiza deposición.
19:00h Entrego paciente en cama con barandas elevadas en compañía de familiar en iguales condiciones.

Firmado electrónicamente por **YULI DANIELA QUIROGA DAVILA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144181422

16 febrero 2017 06:50 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

19:00 pm Horas Recibo paciente Adulto en habitación 559 queda ,en cama con las 4 barandas elevadas, con acompañante, paciente consciente y orientado en tiempo lugar y persona y motora, alerta con apertura ocular, afebril con sus mucosas húmedas , respirando oxígeno al medio ambiente, tórax simétrico, buen estado de hidratación, con acceso venoso en miembro superior derecho con Hartman a 120cc/h, permeable sin signos de flebitis para su tratamiento médico ordenado, con abdomen blando no doloroso, tiene herida quirúrgica en inguinal derecha cubierto con leukomed limpio y seco y en región lumbar, resto de piel integra, no ha eliminado espontaneo, no ha realizado deposición ,paciente que moviliza todas sus extremidades, se moviliza por sus propios medios , se brindan medidas de confort, paciente con riesgo de caídas, se toman medidas preventivas, barandas de seguridad en alto, y cama en nivel bajo
20:00 pm horas, Durante la noche se le realiza control de signos vitales los cuales se encuentran dentro de los parámetros normales, afebril, refirió dolor con Eva de 8/10, se le administran analgésicos, elimino espontaneo, no ha realizado deposición, se le administra los medicamentos formulados sin ninguna alteración, recibe y tolera la vía oral
03:00 am horas, Durante la madrugada paciente duerme intervalos largos, afebril, no refirió dolor, elimino espontaneo en baño, no ha realizado deposición, se le administra los medicamentos formulados sin ninguna alteración continua igual manejo
06:45 am queda paciente en su habitación en buenas condiciones de salud, Permanece aparentemente tranquilo, duerme intervalos largos, se toman signos vitales los cuales permanecen en los parámetros normales, afebril elimino espontaneo, no ha realizado deposición, no refiere dolor, continua con igual manejo médico

Firmado electrónicamente por **YEISON RUIZ BOLAÑOS** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 6136588

16 febrero 2017 18:45 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

07:00 recibo paciente adulto con riesgo de caída en el servicio de hospitalización en compañía de familiar, acostado en cama con las cuatro barandas en alto, despierto consciente orientado en tiempo lugar y persona, hemodinamicamente estable, respondiendo a todos los estímulos, respuesta verbal ocular y motora espontanea, respirando oxigeno ambiente sin dificultad respiratoria, venopuncion en msd del día 14/02/2017 con plan de lev Hartmann a 120cc/hr + paso de medicamentos cubierta con tegaderm limpio y seco sin signos de flebitis, abdomen blando depresible sin dolor a la palpación con herida quirúrgica en flanco derecho cubierta con apósito limpio y seco, herida quirúrgica en columna a nivel dorso lumbar cubierta con apósito impregnado de material sanguinolento seco, eliminando espontaneo, medias de compresión venosa, sin cambios negativos por el momento.
10:00 Se realiza toma de signos vitales los cuales se encuentran dentro de parámetros normales se realiza respectivo registro en sistema.
Durante la mañana pasa en buenas condiciones generales, se prestan medidas de bienestar y confort, se realiza arreglo de unidad cambio de tendidos, se realiza baño en ducha requiere asistencia, recibe y tolera vía oral y tratamiento farmacológico ordenado completo, no refiere dolor ni molestia, elimina espontaneo, no realiza deposición.
13:00 Continua paciente en iguales condiciones sin cambios negativos a resaltar por el momento queda en compañía de familiar, en cama con las cuatro barandas en alto para prevenir riesgos de caída, timbre de llamado a enfermería cerca en caso de necesitar ayuda.
16:00 Se realiza toma de signos vitales los cuales se encuentran dentro de parámetros normales se realiza respectivo registro en sistema.
Durante la tarde pasa en buenas condiciones generales, se prestan medidas de bienestar y confort, recibe y tolera vía oral y tratamiento farmacológico ordenado completo, se le daña acceso venoso se canaliza nuevamente con técnica aséptica una sola punción queda en msi cubierto con tegaderm limpio y seco, no refiere dolor ni molestia, elimina espontaneo, no realiza deposición.
19:00 Entrego paciente en iguales condiciones sin cambios negativos a resaltar por el momento queda en compañía de familiar, en cama con las cuatro barandas en alto para prevenir riesgos de caída, timbre de llamado a enfermería cerca en caso de necesitar ayuda, quien tiene pendiente por el momento continuar igual manejo médico establecido.

Firmado electrónicamente por **EDUARDO DE JESUS LOPEZ MOLANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144079913

17 febrero 2017 06:12 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

19h Recibo paciente en habitación, en cama, con barandas elevadas, en compañía de familiar, consciente y orientado en sus tres esferas, apertura ocular espontanea, respuesta verbal y motora, tolerando oxigeno ambiente, se observa con acceso venoso en dorso de mano izquierda por donde pasa infusión de Ringer 120cc/h por bomba Braun, no signos de flebitis, hdas qx en región abdominal cubierto con leukomet limpio y seco y en región lumbar cubierto con leukomet impregnado de material sanguíneo en abundante cantidad, p/ realizar curación, abdomen globoso y duro a la palpación, no dolor, moviliza sus 4 extremidades.
20h Se realiza control de signos vitales los cuales están dentro de parámetros normales, no presenta dolor alguno, elimina espontaneo, no hace deposición.
22h La jefe Ángela Ossa realiza curación sin complicaciones, deja cubierto nuevamente con leumed limpi y seco.

00h Paciente que permanece en compañía de familiar, logra dormir a intervalos largos, elimina espontaneo no hace deposición.
06h Paciente que pasa el resto de la noche tranquilo, permanece en compañía de familiar, recibe tratamiento médico ordenado, p/ tomar rx de columna lumbo sacra, queda en habitación sin cambios notorios.

Firmado electrónicamente por **NATALIA MORENO SUAREZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144148911

17 febrero 2017 06:27 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Se lleva paciente en silla de ruedas para RX para toma de RX de columna lumbosacra.

Firmado electrónicamente por **NATALIA MORENO SUAREZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144148911

17 febrero 2017 13:32 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

07:00 RECIBO PTE ADULTO EN CAMA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR PTE CON UN GLASGOW DE 15/15 CON BUEN PATRON RESPIRATORIO SIN SIGNOS DE DISNEA PTE QUE EN EL MOMENTO NO REFIERE DOLOR PASA TRANQUILO ESTABLE SIN COMPLICACIONES SE OBSREVA CON TORAX SIMETRICO ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE A LA PALPACION PTE QUE RECIBE LA VIA ORAL ELIMINA ESPONTANEO PASA SIN COMPLICACIONES CON HERIDA QX CUBIERTA LIMPIA Y SECA ESTABLE.
08:00 SE REALIZA TOMA DE SIGNOS VITALES LOS CUALES SE ENCUENTRAN DENTROS DE LOS PARAMETRO SNORMALES PTE ESTABLE SIN COMPLICACIONES.
PTE QUE DURANTE LA MAÑANA PASA ESTABLE CON FAMILIARES RECIBE LA VIA ORAL ELIMINA ESPONTANEO RECIBE TTO MEDICO ORDNEADO
12:30 ENTREGO PTE EN CAMA ESTABLE SIN COMPLICACIONES QUE DEAMBULA RECIBE TTO MEDICO ORDENADO.

Firmado electrónicamente por **MIRYAN JOHANNA MEDINA MONDRAGON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144142968

17 febrero 2017 18:50 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

13:00 pm Horas Recibo paciente Adulto en habitación 559 ,en cama con las 4 barandas elevadas, con acompañante, paciente consciente y orientado en tiempo lugar y persona y motora, alerta con apertura ocular, afebril con sus mucosas húmedas , respirando oxígeno al medio ambiente, tórax simétrico, buen estado de hidratación, con acceso venoso en miembro superior izquierdo con Hartman a 120cc/h, permeable sin signos de flebitis para su tratamiento médico ordenado, con abdomen blando no doloroso, tiene herida quirúrgica cubierto con leucomed limpio y seco en región lumbar se observa equimosis alrededor de la herida, resto de piel integra, no ha eliminado espontaneo, no ha realizado deposición ,paciente que moviliza todas sus extremidades, se moviliza por sus propios medios , se brindan medidas de confort, paciente con riesgo de caídas, se toman medidas preventivas, barandas de seguridad en alto, y cama en nivel bajo
14:00 pm horas, Durante la tarde se le realiza control de signos vitales los cuales se encuentran dentro de los parámetros normales, afebril, refirió dolor con Eva de 3/10, elimino espontaneo en baño, no ha realizado deposición, se toma glucometria la cual es de 233mg/dl se le administra los medicamentos formulados sin ninguna alteración, recibe y tolera la vía oral.
18:45 pm queda paciente en su habitación en buenas condiciones de salud, Permanece aparentemente tranquilo, duerme intervalos largos, afebril elimino espontaneo, no ha realizado deposición, recibió terapia física deambulo por el pasillo ,no refiere dolor, continua con igual manejo médico

Firmado electrónicamente por **YEISON RUIZ BOLAÑOS** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 6136588

18 febrero 2017 06:27 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

19:00 recibo paciente adulto con riesgo de caída en el servicio de hospitalización en compañía de familiar, acostado en cama con las cuatro barandas en alto, despierto consciente orientado en tiempo lugar y persona, hemodinamicamente estable, respondiendo a todos los estímulos, respuesta verbal ocular y motora espontanea, respirando oxigeno ambiente sin dificultad respiratoria, venopuncion en msi del día 16/02/2017 con plan de lev Hartmann a 120cc/hr + paso de medicamentos cubierta con tegaderm limpio y seco sin signos de flebitis, abdomen blando depresible sin dolor a la palpación con herida quirúrgica en flanco derecho cubierta con apósito limpio y seco, herida quirúrgica en columna a nivel dorso lumbar cubierta con leukomed reforzado encima con compresa fijada con micropore limpio y seco alrededor se observa equimosis más pronunciada de lado derecho que irradia de región lumbar a región pélvica, eliminando espontaneo, sin cambios negativos por el momento.
20:00 Se realiza toma de signos vitales los cuales se encuentran dentro de parámetros normales se realiza respectivo registro en sistema.
Durante la noche pasa en buenas condiciones generales, en la rondas se evidencia paciente dormir intervalos largos, se prestan medidas de bienestar y confort, recibe y tolera tratamiento farmacológico ordenado completo, refiere dolor leve Eva de 3/10 el cual sede con analgésicos, se realiza paños con sulfato de magnesio en su equimosis, elimina espontaneo, no realiza deposición.
05:00 Se realiza toma de signos vitales los cuales se encuentran dentro de parámetros normales se realiza respectivo registro en sistema.
07:00 Entrego paciente en iguales condiciones sin cambios negativos a resaltar por el momento queda en compañía de familiar, en cama con las cuatro barandas en alto para prevenir riesgos de caída, timbre de llamado a enfermería cerca en caso de necesitar ayuda, quien tiene pendiente por el momento continuar igual manejo médico.

Firmado electrónicamente por **EDUARDO DE JESUS LOPEZ MOLANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144079913

18 febrero 2017 08:00 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Se administra glubenclamida 5mg via oral, y enalapril de 5 mg via oral por conciliacion

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

18 febrero 2017 18:26 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

07:00 RECIBO PTE ADULTO EN CAMA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR PTE CON UN GLASGOW DE 15/15 CON BUEN PATRON RESPIRATORIO SIN SIGNOS DE DISNEA PTE QUE EN EL MOMENTO NO REFIERE DOLOR PASA TRANQUILO ESTABLE SIN COMPLICACIONES SE OBSREVA CON TORAX SIMETRICO ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE A LA PALPACION PTE QUE RECIBE LA VIA ORAL ELIMINA ESPONTANEO PASA SIN COMPLICACIONES CON HERIDA QX CUBIERTA LIMPIA Y SECA ESTABLE.

08:00 SE REALIZA TOMA DE SIGNOS VITALES LOS CUALES SE ENCUENTRAN DENTROS DE LOS PARAMETRO SNORMALES PTE ESTABLE SIN COMPLICACIONES.

PTE QUE DURANTE LA MAÑANA PASA ESTABLE CON FAMILIARES RECIBE LA VIA ORAL ELIMINA ESPONTANEO RECIBE TTO MEDICO ORDNEADO

12:30 ENTREGO PTE EN CAMA ESTABLE SIN COMPLICACIONES QUE DEAMBULA RECIBE TTO MEDICO ORDENADO.

PTE QUE DURANTE LA TARDE PASA ESTABLE SIN COMPLICACIONES EN COMPAÑIA DE FAMILIAR RECIBE TTO MEDICO ORDENADO.

18:30 ENTREGO PTE EN CAMA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR ESTABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR DEAMBULA RECIBE TO MEDICO ORDENADO CON SIGNOS VITALES NORMALES SIN DOLOR ESTABLE.

Firmado electrónicamente por **MIRYAN JOHANNA MEDINA MONDRAGON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144142968

19 febrero 2017 00:00 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

19:00 pm Horas Recibo paciente Adulto en habitación 559 ,en cama con las 4 barandas elevadas, con acompañante, paciente consciente y orientado en tiempo lugar y persona y motora, alerta con apertura ocular, afebril con sus mucosas húmedas , respirando oxígeno al medio ambiente, tórax simétrico, buen estado de hidratación, con acceso venoso en miembro superior derecho con Tapón Heparinizado, permeable sin signos de flebitis para su tratamiento médico ordenado, con abdomen blando no doloroso, tiene herida quirúrgica cubierto con leucomed impregnado de material sanguinolento en región lumbar se observa equimosis alrededor de la herida, resto de piel integra, no ha eliminado espontaneo, no ha realizado deposición ,paciente que moviliza todas sus extremidades, se moviliza por sus propios medios , se brindan medidas de confort, paciente con riesgo de caídas, se toman medidas preventivas, barandas de seguridad en alto, y cama en nivel bajo

20:00 pm horas, Durante la noche se le realiza control de signos vitales los cuales se encuentran dentro de los parámetros normales, afebril, no refirió dolor, elimino espontaneo en baño, no ha realizado deposición, se toma glucometria la cual es de 255mg/dl se le administra los medicamentos formulados sin ninguna alteración, paciente que se le ordena colocar un enema rectal, se cumplen ordenes, el paciente refiere que pudo realizar deposición en abundante cantidad recibe y tolera la vía oral.

Firmado electrónicamente por **YEISON RUIZ BOLAÑOS** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 6136588

19 febrero 2017 06:50 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

03:00 am horas, Durante la madrugada paciente duerme intervalos largos, afebril, no refirió dolor, elimino espontaneo, no ha realizado deposición, se le administra los medicamentos formulados sin ninguna alteración continua igual manejo

06:45 am queda paciente en su habitación en buenas condiciones de salud, Permanece aparentemente tranquilo, duerme intervalos largos, se toman signos vitales los cuales permanecen en los parámetros normales, afebril elimino espontaneo, se le toma glucometria es de 175mg/dl no ha realizado deposición, no refiere dolor, continua con igual manejo medico

Firmado electrónicamente por **YEISON RUIZ BOLAÑOS** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 6136588

19 febrero 2017 14:35 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

07:00 Paciente en cama, en compañía del familiar, en condiciones estables, alerta, orientado, con acceso venoso en antebrazo derecho del 18/02/17 con tegdaderm sin signos de infección, abdomen blando, herida en región lumbar con leukomed impregnado de material serosanguinolento fresco. Paciente que pasa la mañana en condiciones estables, afebril, normotenso, recibe la via oral y la tolera, se moviliza por pasillo asistido por fisioterapeuta, y luego con familiar, se ofrece baño en ducha pero refiere que la familiar lo acompaña, 10am La jefe de turno realiza curacion de herida quirurgica, elimina espontaneo en baño y hace deposición normal. 13:00 Queda en cama en compañía del familiar, en condiciones estables. 14:00 Paciente que es valorado por medico tratante y ordena egreso.

Firmado electrónicamente por **JENIFFER SOTO ECHEVERRY** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130638910

19 febrero 2017 17:23 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

15:00 Paciente en condiciones estables, afebril, normotenso, recibe la via oral, se moviliza en habitación, presenta dolor al movilizarse.

16:00 La jefe brinda educación al paciente sobre los cuidados en casa e informa sobre tramites administrativos.

16:30 La jefe entrega al paciente epicrisis. Egresa paciente en silla de ruedas en compañía del familiar y mensajero con destino a casa.

Firmado electrónicamente por **JENIFFER SOTO ECHEVERRY** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130638910

Nota Fisioterapuetas

15 febrero 2017 17:55 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

TERAPIA RESPIRATORIA # 1
HORA 9:30AM

PACIENTE CON DX POP ARTRODESIS DE COLUMNA LUMBAR, ESPONDILOLISTESIS, ENCUENTRO CON OXIGENO AL AURE AMBIENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, PATRÓN COSTAL SUPERIOR, EXPANSION SIMÉTRICA, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, REALIZO

EJERCICIOS DE VENTILACION DIRIGIDA
EJERCICIOS CON BRAZOS
PATRÓN DIAFRAGMÁTICO
EJERCICIOS DE REEXPANSION
TOS DIRIGIDA IMPRODUCTIVA

OBJETIVO
MEJORAR PATRÓN RESPIRATORIO
PREVENIR ATELECTASIAS

Firmado electrónicamente por **LUZ MYRIAM TABARES QUINTERO** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 763124 Identificación CC 31476270

15 febrero 2017 17:59 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

TERAPIA FISICA # 1
HORA 10:00 AM

PACIENTE CON DX ARTRODESIS DE COLUMNA LUMBAR, LO ENCUENTRO CON ACOMPAÑANTE, REFIERE DOLOR INTENSO EN REGION CERVICAL, Y MUCHO DOLOR AL MOVILIZARSE, REALIZO

EJERCICIOS ACTIVOS ASISITIDOS DE MMII
EJERCICIOS ACTIVOS LIBRES DE MMSS
ESTIRAMIENTOS SUAVES
MASAJE SEDATIVO CERVICAL
TRANSICION A SEDENTE
TRANSICION A BIPEDO
SE DEJA PACIENTE EN EL BAÑO CON AUXILIAR DE ENFERMERIA

OBJETIVO

PROMOVER MOVILIDAD E INDEPENDENCIA
DISMINUIR DOLOR CERVICAL

Firmado electrónicamente por **LUZ MYRIAM TABARES QUINTERO** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 763124 Identificación CC 31476270

15 febrero 2017 18:02 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

TERAPIA FISICA # 2
HORA 6:00PM

PACIENTE CON AMAS CONSERVADOS EN CUATRO EXTREMIDADES, FUERZA MUSCULAR FUNCIONAL, REFIERE AUN DOLOR EN REGION LUMBAR, REFIERE MEJORIA DE DOLOR CERVICAL, REALIZO

EJERCICIOS ACTIVOS LIBRES DE CUATRO EXTREMIDADES
ESTIRAMIENTOS MUSCULARES SUAVES
TRASLADO A SEDENTE
TRASLADO A BIPEDO
DEAMBULACION CON APOYO BILATERAL POR HABITACION

OBJETIVOS

PROMOVER MOIVLIDAD E INDEPENDENCIA

Firmado electrónicamente por **LUZ MYRIAM TABARES QUINTERO** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 763124 Identificación CC 31476270

16 febrero 2017 11:23 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

TERAPIA FISICA #3 (10:20Hrs)

JAN CARLO EN CAMA, DESPIERTO Y ALERTA, EN ESTABLES CONDICIONES, EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR. PRESENTA FUERZA MUSCULAR FUNCIONAL, AMAS CONSERVADOS, DOLOR A LA MOVLIZACIÓN DE CADERA.

OBJETIVOS
MANTENER/MEJORAR AMAS Y FUERZA MUSCULAR
PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL RESPOSO PROLONGADO

ACTIVIDAD
REALIZO TERAPIA FISICA A TRAVÉS DE EJERCICIOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DIRIGIDOS, EJERCICIOS ISOMÉTRICOS, ACTIVOS LIBRES EN EXTREMIDADES, TRANSICIÓN A SEDENTE DONDE SE OBSERVA BUEN CONTROL CENTRAL, TRANSICIÓN A BÍPEDO Y TRABAJO DE MARCHA EN TRAMO MEDIO POR EL PASILLO, DESEA QUEDARSE SENTADO AL BORDE DE LA CAMA. TOLERA MANEJO, QUEDA ESTABLE.
TERAPIA RESPIRATORIA #2 (10:20Hrs)

JAN CARLO EN CAMA, DESPIERTO Y ALERTA, EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR, EN ESTABLES CONDICIONES. SIGNOS VITALES FC 95m, FR 16rpm, SpO2 96. RESPIRA SIN SOPORTE DE OXIGENO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. PATRÓN RESPIRATORIO TORACOABDOMINAL, AMPLITUD SUPERFICIAL, RITMO REGULAR. AUSCULTO RUIDO RESPIRATORIO CONSERVADO, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS.

OBJETIVOS
MANTENER VOLÚMENES Y CAPACIDADES PULMONARES
PREVENIR DETERIORO DE FUNCIÓN RESPIRATORIA

ACTIVIDAD
REALIZO TERAPIA RESPIRATORIA A TRAVÉS DE EJERCICIOS RESPIRATORIOS ASOCIADOS A ELEVACIÓN DE MIEMBROS SUPERIORES, INSPIRACIONES PROFUNDAS, SOSTENIDAS Y CICLO ACTIVO DE LA RESPIRACIÓN. TOLERA MANEJO, QUEDA ESTABLE.

Firmado electrónicamente por **HAYDER ALBERTO ORTEGA MUELAS** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 761914 Identificación CC 14624214

16 febrero 2017 18:07 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* TERAPIA FISICA # 4

PACIENTE EN CAMA, EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR. REFIERE LEVE DOLOR A LA MOVILIZACION EN HERIDA LUMBAR, PRESENTA FUERZA MUSCULAR FUNCIONAL, AMAS CONSERVADOS,. SE REALIZA;

OBJETIVOS
MANTENER/MEJORAR AMAS Y FUERZA MUSCULAR
PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL RESPOSO PROLONGADO

ACTIVIDAD
REALIZO TERAPIA FISICA A TRAVÉS DE EJERCICIOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DIRIGIDOS, EJERCICIOS ISOMÉTRICOS, ACTIVOS LIBRES EN EXTREMIDADES, TRANSICIÓN A SEDENTE EN BORDE DE LA CAMA, TRANSICIÓN A BÍPEDO, MARCHA EN TRAMO MEDIO POR EL PASILLO,TOLERA EL TTO.

Firmado electrónicamente por **MARIANA DEL PILAR VELEZ BOHORQUEZ** -- FISIOTERAPEUTA
Identificación CC 29361172

17 febrero 2017 11:01 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

TERAPIA FISICA #5 (09:30Hrs)

JAN CARLO EN CAMA, DESPIERTO Y ALERTA, EN ESTABLES CONDICIONES, EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR. PRESENTA FUERZA MUSCULAR FUNCIONAL, AMAS CONSERVADOS, REFIERE DOLOR EN ESPALDA.

OBJETIVOS
MANTENER/MEJORAR AMAS Y FUERZA MUSCULAR
PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL RESPOSO PROLONGADO

ACTIVIDAD
REALIZO TERAPIA FISICA A TRAVÉS DE EJERCICIOS DE MOVILIDAD ARTICULAR DIRIGIDOS, EJERCICIOS ISOMÉTRICOS,

ACTIVOS LIBRES EN EXTREMIDADES, TRANSICIÓN A SEDENTE Y BÍPEDO Y TRABAJO DE MARCHA EN TRAMO LARGO POR EL PASILLO, SE DEJA SENTADO EN SILLA RECLINABLE. TOLERA MANEJO, QUEDA ESTABLE.
TERAPIA RESPIRATORIA #3 (09:30Hrs)

JAN CARLO EN CAMA, DESPIERTO Y ALERTA, EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR Y VISITANTES, EN ESTABLES CONDICIONES. SIGNOS VITALES FC 80lpm, FR 16rpm, SpO2 98%. RESPIRA SIN SOPORTE DE OXIGENO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. PATRÓN RESPIRATORIO TORACOABDOMINAL, AMPLITUD SUPERFICIAL, RITMO REGULAR. AUSCULTO RUIDO RESPIRATORIO CONSERVADO, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS.

OBJETIVOS
MANTENER VOLÚMENES Y CAPACIDADES PULMONARES
PREVENIR DETERIORO DE FUNCIÓN RESPIRATORIA

ACTIVIDAD
REALIZO TERAPIA RESPIRATORIA A TRAVÉS DE EJERCICIOS RESPIRATORIOS ASOCIADOS A ELEVACIÓN DE MIEMBROS SUPERIORES, INSPIRACIONES PROFUNDAS, SOSTENIDAS Y CICLO ACTIVO DE LA RESPIRACIÓN. TOLERA MANEJO, QUEDA ESTABLE.

Firmado electrónicamente por **HAYDER ALBERTO ORTEGA MUELAS** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 761914 Identificación CC 14624214

17 febrero 2017 18:22 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

TERAPIA FISICA # 6
ENCUENTRO PACIENTE DEAMBULANDO DENTRO DE LA HABITACION, CON ACOMPAÑANTE. AL EXAMEN FISICO EXTREMIDADES MOVILES, NO EDEMA. REFIERE POCO DOLOR

OBJETIVO
MEJORAR Y MANTENER CONDICION FISICA
DEAMBULACION

REALIZO CAMINATA POR PASILLO, TRAYECTO LARGO, POSICIONAMIENTO EN EL BORDE DE LA CAMA, EJERCICIOS PARA MEJORAR EL RETORNO VENOSO, ESTIRAMIENTO MUSCULARES EN MIEMBROS SUPERIORES SOSTENIDOS, ESTIRAMIENTO MUSCULAR EN ISQUIOTBIALES. QUEDA CON ACOMPAÑANTE

Firmado electrónicamente por **NORBY JULIETH DIAZ MANCILLA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 763480 Identificación CC 1144025331

18 febrero 2017 09:42 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

TERAPIA FISICA #7
HORA 9:30AM

ENCUENTRO PACIENTE EN SILLA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, DESPIERTA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON FRECUENCIA RESPIRATORIA DE 17XMINUTO, SATURACION DE OXIGENO DE 97%
SIN DOLOR MOVILIZA 4 EXTREMIDADES, DEAMBULA EN HABITACION SIN AYUDA EXTERNA

OBJETIVOS

FAVORECER RETORNO VENOSO
MANTENER ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR Y FUERZA MUSCULAR

INTERVENCION

REALIZO POSICION EN CAMA, TRANSICION A BIPEDO, EJERCICIOS CIRCULATORIOS, DESCARGAS DE PESO, EJERCICIOS DIRIGIDOS DE 4 EXTREMIDADES,APROXIMACIONES ARTICULARES MARCHA EN HABITACION Y PASILLO, (PREVIA EXPLICACION DE RIEGOS, INCLUYENDO CAIDA) CON ADECUADA TOLERANCIA, DEJO EN HABITACION CON FAMILIAR

Firmado electrónicamente por **YINA MARCELA CARDONA MONTOYA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 761864 Identificación CC 31565691

18 febrero 2017 09:44 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

TERAPIA RESPIRATORIA #4
HORA 9: 30AM

PACIENTE DESPIERTO, SIN SOPORTE DE OXIGENO SUPLEMENTARIO, CON FRECUENCIA RESPIRATORIA DE 18XMINUTO, SP02 95% RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS

OBJETIVO:

PREVENIR COMPROMISO DE LA FUNCION PULMONAR
MANTENER CAPACIDADES Y VOLUMENES PULMONARES

REALIZO POSICIONAMIENTO EN CAMA, TRANSICION A BIPEDO,EJERCICIOS DE REEXPANSION PULMONAR CON ELEVACION DE MMSS, INSPIRACIONES PROFUNDAS, SOSTENIDAS, PATRON DIAFRAGMATICO CON ADECUADA TOLERANCIA.

Firmado electrónicamente por **YINA MARCELA CARDONA MONTOYA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 761864 Identificación CC 31565691

18 febrero 2017 17:00 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

TERAPIA FISICA # 8

PACIENTE EN CAMA, DESPIERTO, CON ACOMPAÑANTES, REFIERE LEVE DOLOR LUMBAR, PRESENTA FUERZA MUSCULAR FUNCIONAL, AMAS CONSERVADOS,. SE REALIZA;

OBJETIVOS
MANTENER/MEJORAR AMAS Y FUERZA MUSCULAR
PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL RESPOSO PROLONGADO

ACTIVIDAD
REALIZO EJERCICIOS CIRCULATORIOS, EJERCICIOS ISOMÉTRICOS, ACTIVOS LIBRES 4 EXTREMIDADES, TRANSICIÓN A SEDENTE EN BORDE DE LA CAMA, TRANSICIÓN A BÍPEDO, CAMINATA POR PASILLO, TOLERA TRATAMIENTO, DEJO EN CAMA.

Firmado electrónicamente por **VICTORIA EUGENIA PEREZ GOMEZ** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 760807 Identificación CC 31642838

19 febrero 2017 09:49 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

TERAPIA RESPIRATORIA #5
HORA 9: 00AM

PACIENTE DESPIERTO, SIN SOPORTE DE OXIGENO SUPLEMENTARIO, CON FRECUENCIA RESPIRATORIA DE 18XMINUTO, SP02 96% RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS

OBJETIVO:
PREVENIR COMPROMISO DE LA FUNCION PULMONAR
MANTENER CAPACIDADES Y VOLUMENES PULMONARES

REALIZO POSICIONAMIENTO AL BORDE DE LA CAMA,EJERCICIOS DE REEXPANSION PULMONAR CON ELEVACION DE MMSS, INSPIRACIONES PROFUNDAS, SOSTENIDAS, PATRON DIAFRAGMATICO CON ADECUADA TOLERANCIA.

Firmado electrónicamente por **YINA MARCELA CARDONA MONTOYA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 761864 Identificación CC 31565691

19 febrero 2017 09:50 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

TERAPIA FISICA #9
HORA 9:00AM

ENCUENTRO PACIENTE DEAMBULANDO EN HABITACION, APOYADO EN ATRIL, REFIERE DOLOR EN ANTEPIE Y REGION POSTERIOR DE PIERNA DERECHA, 6/10 EN ESCALA DE EVA ACABAN DE SUMINISTRAR LYRICA, PACIENTE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.

OBJETIVOS

FAVORECER RETORNO VENOSO
MANTENER ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR Y FUERZA MUSCULAR

INTERVENCION

REALIZO POSICION EN CAMA, TRANSICION A BIPEDO, EJERCICIOS CIRCULATORIOS, DESCARGAS DE PESO, EJERCICIOS DIRIGIDOS DE 4 EXTREMIDADES,APROXIMACIONES ARTICULARES MARCHA EN HABITACION Y PASILLO TRAMO CORTO (PREVIA EXPLICACION DE RIESGOS, INCLUIDOS CAIDA) CON ADECUADA TOLERANCIA, DEJO EN HABITACION, EN SILLA MANIFIESTA DOLOR EN IGUAL INTENSIDAD, INFORMO A AUXILIAR A CARGO EN EL MOMENTO SIN INDICACION DE OTRO MEDICAMENTO POR HORARIO PARA EL DOLOR, PACIENTE TOLERA MANEJO .

Firmado electrónicamente por **YINA MARCELA CARDONA MONTOYA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 761864 Identificación CC 31565691

19 febrero 2017 14:13 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

TERAPIA FISICA #10
HORA 2:00PM

ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, EN DECUBITO LATERAL IZQUIERDO, PIERNAS FLEXIONADAS,EFIERE DOLOR EN ANTEPIE Y REGION POSTERIOR DE PIERNA DERECHA, 6/10 EN ESCALA DE EVA VALORADO POR MEDICO TRATANTE CON ORDEN DE SALIDA

OBJETIVOS

FAVORECER RETORNO VENOSO
MANTENER ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR Y FUERZA MUSCULAR

INTERVENCION

REALIZO POSICION EN CAMA, TRANSICION A BIPEDO, EJERCICIOS CIRCULATORIOS, DESCARGAS DE PESO, EJERCICIOS DIRIGIDOS DE 4 EXTREMIDADES,APROXIMACIONES ARTICULARES MARCHA ESTATICA, (PREVIA EXPLICACION DE RIESGOS, INCLUIDOS CAIDA) CON ADECUADA TOLERANCIA, DEJO EN HABITACION, EN COMPAÑIA DE AUXILIAR, RETIRANDO ACCESO VENOSO PARA FINALIZAR TRAMITE DE SALIDA , TOLERA MANEJO PACIENTE CON FAMILIAR EN HABITACION, COMENNTO CON DR FUERTES CONDICION DE EL PACIENTE AL SALIR DE LA HABITACION

Firmado electrónicamente por **YINA MARCELA CARDONA MONTOYA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 761864 Identificación CC 31565691

Control de Medicamentos

15 febrero 2017 06:36 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: traido de cx.

* 15 Feb 2017 00:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.8 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 15 Feb 2017 05:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.8 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 15 Feb 2017 06:00 ESOmeprazol 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Observaciones: Vía: Frecuencia: Dilución:

* 15 Feb 2017 06:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 0 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ELFRIA NELY DAZA ZUÑIGA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66815479

15 febrero 2017 07:07 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 15 Feb 2017 06:00 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 15 Feb 2017 01:00 LYRICA 75 mg CAPSULA 1 CAPSULA Via ORAL

* 15 Feb 2017 02:00 KETOROLACO 30 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 30 MILIEQUIVALENTES Via ENDOVENOSA

* 15 Feb 2017 02:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ELFRIA NELY DAZA ZUÑIGA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66815479

15 febrero 2017 08:14 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: de la dilución a 10cc.

* 15 Feb 2017 08:14 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.8 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

15 febrero 2017 09:38 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 15 Feb 2017 09:38 KETOROLACO 30 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 30 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 15 Feb 2017 09:38 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

∗ 15 Feb 2017 09:39 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

15 febrero 2017 12:02 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: de la dilución a 10cc.... se administra metformina 850mg de conciliación.

∗ 15 Feb 2017 12:02 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.8 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

15 febrero 2017 14:48 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

∗ 15 Feb 2017 14:47 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

∗ 15 Feb 2017 14:48 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

15 febrero 2017 16:16 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: se adelanta por orden medica.

∗ 15 Feb 2017 15:40 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.8 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

15 febrero 2017 18:25 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

∗ 15 Feb 2017 18:24 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Observaciones: 19:00hrs se administra enalapril 5mg de conciliación.

∗ 15 Feb 2017 18:28 DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

15 febrero 2017 19:16 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

∗ 15 Feb 2017 19:16 HIDErax 25 mg TABLETA 25 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

15 febrero 2017 22:01 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

∗ 15 Feb 2017 22:00 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

∗ 15 Feb 2017 22:01 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Observaciones: SE ADMINSTRA ZOPICLONA 15 MILIGRAMO DE CONCILIACION.

∗ 15 Feb 2017 22:01 ALPRazolam 0,5 mg TABLETA 0.5 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

∗ 15 Feb 2017 22:01 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MIRYAN JOHANNA MEDINA MONDRAGON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144142968

15 febrero 2017 22:38 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: PLAN

∗ 15 Feb 2017 22:38 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MIRYAN JOHANNA MEDINA MONDRAGON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144142968

16 febrero 2017 00:30 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

∗ 16 Feb 2017 00:30 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

∗ 16 Feb 2017 00:31 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MIRYAN JOHANNA MEDINA MONDRAGON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144142968

16 febrero 2017 05:56 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 16 Feb 2017 05:56 ESOmeprazol 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 16 Feb 2017 05:57 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 16 Feb 2017 05:57 HIDErax 25 mg TABLETA 25 MILIGRAMOS Via ORAL
* 16 Feb 2017 05:57 DOLEX 500 mg TABLETA RECUBIERTA 1 GRAMO Via ORAL
* 16 Feb 2017 05:57 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 16 Feb 2017 05:57 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MIRYAN JOHANNA MEDINA MONDRAGON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144142968

16 febrero 2017 08:57 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 16 Feb 2017 08:57 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA PILAR ZUÑIGA TORO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29113426

16 febrero 2017 12:32 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 16 Feb 2017 12:32 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 16 Feb 2017 12:33 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA PILAR ZUÑIGA TORO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29113426

16 febrero 2017 14:15 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 16 Feb 2017 14:15 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 16 Feb 2017 14:15 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 16 Feb 2017 14:15 DOLEX 500 mg TABLETA RECUBIERTA 1 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

16 febrero 2017 18:23 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 16 Feb 2017 18:23 DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 16 Feb 2017 18:23 HIDErax 25 mg TABLETA 25 MILIGRAMOS Via ORAL
* 16 Feb 2017 18:24 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

16 febrero 2017 23:41 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 16 Feb 2017 20:00 LYRICA 75 mg CAPSULA 150 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ELFRIA NELY DAZA ZUÑIGA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66815479

16 febrero 2017 23:52 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 16 Feb 2017 22:00 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 16 Feb 2017 22:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 16 Feb 2017 22:00 ALPRazolam 0,5 mg TABLETA 0.5 MILIGRAMOS Via ORAL
* 16 Feb 2017 22:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 16 Feb 2017 23:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

∗ 16 Feb 2017 23:00 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ELFRIA NELY DAZA ZUÑIGA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66815479

17 febrero 2017 06:27 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

∗ 17 Feb 2017 00:00 WINADEINE F 325 mg + 30 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL

∗ 17 Feb 2017 06:00 ESOmeprazol 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

∗ 17 Feb 2017 06:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

∗ 17 Feb 2017 06:00 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

∗ 17 Feb 2017 06:00 WINADEINE F 325 mg + 30 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL

∗ 17 Feb 2017 06:00 HIDErax 25 mg TABLETA 25 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ELFRIA NELY DAZA ZUÑIGA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66815479

17 febrero 2017 07:33 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

∗ 17 Feb 2017 06:00 PEG POLIETILENGLICOL 100 gramos POLVO PARA SUSPENSION ORAL FRASCO x 160 g 17 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ELFRIA NELY DAZA ZUÑIGA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66815479

17 febrero 2017 08:39 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

∗ 17 Feb 2017 10:00 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: se administra metformina 850mg de conciliación.

∗ 17 Feb 2017 12:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

∗ 17 Feb 2017 12:00 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

∗ 17 Feb 2017 12:00 WINADEINE F 325 mg + 30 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

17 febrero 2017 14:51 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

∗ 17 Feb 2017 14:51 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

∗ 17 Feb 2017 14:51 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

17 febrero 2017 18:45 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

∗ 17 Feb 2017 18:44 HIDErax 25 mg TABLETA 25 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: 19:00 se le administra Enalapril x 5 mg, medicamentos de conciliación.

∗ 17 Feb 2017 18:45 WINADEINE F 325 mg + 30 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

17 febrero 2017 20:53 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

∗ 17 Feb 2017 20:00 LYRICA 75 mg CAPSULA 150 MILIGRAMOS Via ORAL

∗ 17 Feb 2017 20:00 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

∗ 17 Feb 2017 20:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

∗ 17 Feb 2017 20:56 ALPRazolam 0,5 mg TABLETA 0.5 TABLETA Via ORAL

∗ 17 Feb 2017 20:57 PEG POLIETILENGLICOL 100 gramos POLVO PARA SUSPENSION ORAL FRASCO x 160 g 17 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA PILAR ZUÑIGA TORO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29113426

18 febrero 2017 01:46 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 18 Feb 2017 00:00 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 18 Feb 2017 00:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 18 Feb 2017 00:00 WINADEINE F 325 mg + 30 mg TABLETA 325 MILIGRAMOS Via ORAL
* 18 Feb 2017 01:46 ESOmeprazol 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 18 Feb 2017 01:47 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA PILAR ZUÑIGA TORO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29113426

18 febrero 2017 04:00 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 18 Feb 2017 04:00 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA PILAR ZUÑIGA TORO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29113426

18 febrero 2017 06:27 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 18 Feb 2017 06:27 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 18 Feb 2017 06:28 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 18 Feb 2017 06:28 HIDErax 25 mg TABLETA 25 MILIGRAMOS Via ORAL
* 18 Feb 2017 06:28 WINADEINE F 325 mg + 30 mg TABLETA 325 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA PILAR ZUÑIGA TORO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29113426

18 febrero 2017 09:02 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 18 Feb 2017 09:02 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

18 febrero 2017 12:18 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: 325/30mg

* 18 Feb 2017 12:18 WINADEINE F 325 mg + 30 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL
* 18 Feb 2017 12:18 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 18 Feb 2017 12:19 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

18 febrero 2017 17:26 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 18 Feb 2017 14:00 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Observaciones: administrado el 18/02/17 a las 14:00

* 19 Feb 2017 16:15 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ELFRIA NELY DAZA ZUÑIGA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66815479

18 febrero 2017 18:17 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 18 Feb 2017 18:00 WINADEINE F 325 mg + 30 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL
* 18 Feb 2017 18:00 HIDErax 25 mg TABLETA 25 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ELFRIA NELY DAZA ZUÑIGA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66815479

18 febrero 2017 20:21 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 18 Feb 2017 20:20 LYRICA 75 mg CAPSULA 150 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

18 febrero 2017 21:57 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 18 Feb 2017 21:57 travaD (16 g + 6 g) / 100 mL SOLUCION RECTAL BOLSA x 133 mL 1 BOLSA Via ORAL

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

18 febrero 2017 22:43 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 18 Feb 2017 22:03 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 18 Feb 2017 22:03 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 18 Feb 2017 22:04 ALPRazolam 0,5 mg TABLETA 0.5 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: se administra zopiclona 15mg de conciliación.

* 18 Feb 2017 20:01 PEG POLIETILENGLICOL 100 gramos POLVO PARA SUSPENSION ORAL FRASCO x 160 g 17 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

19 febrero 2017 01:12 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 19 Feb 2017 00:00 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 19 Feb 2017 00:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 19 Feb 2017 00:00 WINADEINE F 325 mg + 30 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

19 febrero 2017 05:47 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: se administran medicamentos de conciliación enalapril 5mg, glibenclamida 5mg.

* 19 Feb 2017 05:47 WINADEINE F 325 mg + 30 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL
* 19 Feb 2017 05:47 HIDErax 25 mg TABLETA 25 MILIGRAMOS Via ORAL
* 19 Feb 2017 05:47 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 19 Feb 2017 05:47 ESOmeprazol 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

19 febrero 2017 10:53 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 19 Feb 2017 08:00 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ELFRIA NELY DAZA ZUÑIGA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66815479

19 febrero 2017 12:39 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

* 19 Feb 2017 12:00 WINADEINE F 325 mg + 30 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL
* 19 Feb 2017 12:00 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Observaciones: METFORMINA

* 19 Feb 2017 12:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ELFRIA NELY DAZA ZUÑIGA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66815479

19 febrero 2017 15:26 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: PARA CURACION DE HERIDA.SE REALIZA A LAS 08 AM

* 18 Feb 2017 20:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via OTROS

Firmado electrónicamente por **MIRYAN JOHANNA MEDINA MONDRAGON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144142968

19 febrero 2017 15:28 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: REGISTRO DEL DIA DE ANOCHE A LAS 02:00AM

*	19 Feb 2017 14:00	LACTATO DE RINGER ENDOVENOSA	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	1.000 mL	REF:ARB2324	1 BOLSA	Via			

Observaciones: SE RESGISTRA DEL DIA 16

*	19 Feb 2017 15:00	LACTATO DE RINGER ENDOVENOSA	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	1.000 mL	REF:ARB2324	1 BOLSA	Via			

Observaciones: SE REGISTRA DEL DIA 17 02/2017

*	19 Feb 2017 15:28	LACTATO DE RINGER ENDOVENOSA	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	1.000 mL	REF:ARB2324	1 BOLSA	Via			

Firmado electrónicamente por **MIRYAN JOHANNA MEDINA MONDRAGON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144142968

20 febrero 2017 16:14 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: administrado el 15/02/17 a las 6:00

*	19 Feb 2017 16:16	CLORURO DE SODIO 0,9% ENDOVENOSA	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	50 mL	REF:ARB1301	1 BOLSA	Via			

Firmado electrónicamente por **ELFRIA NELY DAZA ZUÑIGA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66815479

Glucometria

17 febrero 2017 14:52 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 17/02/2017 14:52
Resultados Resultados: 233MG/DL
Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

18 febrero 2017 18:18 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 18/02/2017 18:18
Resultados Resultados: 133MG/DL
Firmado electrónicamente por **ELFRIA NELY DAZA ZUÑIGA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66815479

18 febrero 2017 22:47 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 18/02/2017 22:47
Resultados Resultados: 255mg/dl
Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

19 febrero 2017 05:50 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 19/02/2017 05:50
Resultados Resultados: 175mg/dl
Firmado electrónicamente por **DARI ISABEL CASTRILLON LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1116725132

19 febrero 2017 12:41 - *(PISO 5 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 19/02/2017 12:41
Resultados Resultados: 185MG/DL
Firmado electrónicamente por **ELFRIA NELY DAZA ZUÑIGA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66815479

Diagnósticos de Egreso

	Localización	Tipo DX
-- **(M431) ESPONDILOLISTESIS**		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **ISABEL RUIZ PONCE DE LEON** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1144058222 Identificación CC 1144058222

Salida Urgencias

Estado vital al salir **Vivo** Estado al salir Destino al salir **Domicilio**
Fecha y hora de salida **19 feb. 2017 14:04** Remitido a
Medio de trasporte

Fórmulas Médicas

XANAX 0.25mg (0.25 mg) -- Cja.x 30Tab — 30
1 TAB CADA NOCHE

LYRICA 75mg (75mg) -- Cja.x 14Cap — 30
1 TAB CADA NOCHE

ARCOXIA (90 mg) -- Cja.X14Tab. — 7
1 TAB CADA MAÑANA

SINALGEN 325 mg - 5 mg TABLETAS () -- CAJA X 30 TABLETAS 1 TAB CADA 8 HORAS	30
SINALGEN 325 mg - 5 mg TABLETAS () -- CAJA X 30 TABLETAS tomar una tableta cada 8 horas	30
SINALGEN 325 mg - 5 mg TABLETAS () -- CAJA X 30 TABLETAS tomar 1 tableta cada 8 horas por 10 dias	30
. LYRICA 75mg (75mg) -- Cja.x 14Cap tomar una tableta en la noche cada noche por 30 días	1
LYRICA 150mg (150mg) -- Cja.x 14Cap tomar una tableta cada noche por 30 días	30

Firmado electrónicamente por **ANDRES MAURICIO GOMEZ SIERRA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76-5650 Identificación CC 94528681

Incapacidad

Fecha de Incapacidad: **23 Feb 2017** Días de Incapacidad: **30** Prorroga: **Si** Motivo: **Enfermedad General**
Diagnóstico: **M431 ESPONDILOLISTESIS**

Observación: PACIENTE EN POS OPERATORIO DE CIRUGIA MAYOR DE COLUMNA

Firmado Electrónicamente por **CASAS CASTILLO GERARDO**
Identificación **CC 16629449**
Especialidad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**
Tarjeta Profesional **11654**

Historia Clínica de la Atención

CIRUGIA

Dirección: **Carrera 38 BIS 5B2-04. SEDE PRINC 3**
Teléfono Directo: **5550** -- Conmutador: **5544**

Atención No.**7771916**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **51 Años 3 Meses 17 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **15-feb.-2017 14:00**
Fecha y hora de Atención **14-feb.-2017 13:13**
El paciente se moviliza por sus propios medios?
Medio de trasporte
Estado de llegada
Procedencia
Llegó remitido de

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							

Signos vitales

Fecha	P. A.	PAM	P. Pulm.	PPM	PVC	Temp °C	F.Card.	F. Resp	Sat O2	FIO2
14/feb./2017 14:20	136/95		/				81		95	
14/feb./2017 15:20	67/35		/				46		99	
14/feb./2017 16:20	82/50		/				65		99	
14/feb./2017 17:20	74/41		/				70		98	
14/feb./2017 18:20	84/50		/				71		99	
14/feb./2017 19:21	106/57		/				68		99	
14/feb./2017 20:50	125/91		/				110		100	
14/feb./2017 20:55	145/87		/				11		99	
14/feb./2017 21:00	165/117		/				116		99	
14/feb./2017 21:30	150/93		/				90		100	
14/feb./2017 22:00	144/89		/				98		93	
14/feb./2017 22:30	116/74		/				99		91	

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

	14/feb./2017 23:00	131/81		/				100		92	

Diagnósticos de Ingreso **Localización** **Tipo DX**

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Notas de Evolución

14 febrero 2017 20:51 - *(CIRUGIA)*

Día de Hospitalización No.1

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Ordenes de Examenes

14 febrero 2017 20:55 - *(CIRUGIA)*

* (Hora: 20:55) 902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO Ubicación **No Aplica**
  Observaciones PARA TOMAR MAÑA AM

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Ordenes de Medicamentos

14 febrero 2017 20:46 - *(CIRUGIA)*

* HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL **Dosificación**: UNA
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia: CADA 4 HORAS Dilución: DILUIR EN 10 CC Y APLICAR 4 CC

* DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: UNA
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C/24 HORAS Dilución:

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: UNA
  Observaciones: Vía:VO Frecuencia: C/12 HORAS Dilución:

* BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación**: UNA
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C/8 HORAS Dilución:

* ESOmeprazol 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: UNA
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia: CADA 24 HORAS Dilución:

* ALPRazolam 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: UNA
  Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: C/NOCHE Dilución:

* LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB2323 **Dosificación**: 2
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia: PASAR A 120 CC POR HORA Dilución:

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Ordenes Generales

14 febrero 2017 20:54 - *(CIRUGIA)*

Curva térmica
Dieta completa A PARTIR DE MAÑANA
Oxigeno por cánula
Retiro sonda vesical MAÑANA
Terapia física
Terapia respiratoria
Otras ordenes: MOVILIZAR MAÑANA A TLERANCIA

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Nota Quirúrgica

14 febrero 2017 20:04 - *(CIRUGIA)*

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

030207 EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO (EXCEPTO SEGMENTO CERVICAL) Y RAICES ESPINALES POR FORAMINOTOMIA POSTERIOR

Fecha: 14 feb. 2017 20:04
Lateralidad: No Aplica **Medico:** GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

772930 OSTEOTOMIA VERTEBRAL VIA ANTERIOR O POSTERIOR

Fecha: 14 feb. 2017 20:04
Lateralidad: No Aplica **Medico:** GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

810803 ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR O LUMBOSACRA TECNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACION MODULAR

Fecha: 14 feb. 2017 20:04
Lateralidad: No Aplica **Medico:** GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

Descripción de acto quirúrgico / hallazgos

ASA **2** Tipo de Cirugia **Electiva** Tipo de Herida **Limpia** Tiempo de Cirugia **0**min Profilaxis **SI**

DECUBITO SUPINO:
ASEPSIA DEL CAMPO QUIRURGICO CON DURAPREP
SE REALIZA ABORDAJE PARAMEDIANO DER PREVIA LOCALIZACION DEL NIVEL L5-S1 CON FLUOROSCOPIO, SE EXPONEN LOS RECTOS ABDOMINALES, SE REALIZA DISECCION ROMA, SE ENCUENTRA IMPOSIBILIDAD PARA LA DISECCION RETROPERITONEAL POR ADEHERENCIA DEL MISMO A LA FASCIA. POR LO CUAL SE DECIDE NO PREOSEGUIR CON EL PROCEDIMIENTO DE VIA ANTERIOR POR EL RIESGO DE LESION DE VISCERA HUECA
DECUBITO PRONO:
ASEPSIA CON DURAPREP
ABORDAJE DE L5 A S1, DISECCION POR PLANOS HASTA EXPONER LAMINAS Y TRANVERSAS DE L5 Y ALERON SACRO
CON FLUOROSCOPIO SE UBICAN LOS PEDICULOS EN L5 Y S1 Y SE COLOCAN LOS TORNILLOS TRANSPEDICULARES (4 TORNILLOS MEDTRONIC-ISO) CON ADECUADO POSICIONAMIENTO VERIFICADO EN EL FLUROSCOPIO
SE REALIZA OSTEOTOMIA FACETARIA BILATERAL VIA POSTERIOR
SE PROCEDE A REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE GILL, RETIRO DE LA LAMINA DE L5, LA CUAL ESTA SIN FUSION POR LA ESPONDILOLISTESIS
SE REALIZA DESCOMPRESION DEL CANAL POR FORAMINOTOMIA BILATERAL, VERIFICANDO LA AMPLITUD DE LOS FORAMENES CON EL PALPADOR DENTAL
SE COLOCA LAS BARRAS (1 BARRA DE 8 DIVIDIDA EN 2) Y SE AJUSTAN CON LOS TOPES (4)
SE REALIZA ARTRODESIS INTERTRANSVERSA DE L5 A S1 CON AUTOINJERTOS + MATRIX OSEA 10 CC DE ISO
SE REALIZA HEMOSTASIA CON SIRGICEL, BIPOLAR
SE APLICA VANCOMICINA 2 FRASCOS TOPICOS EN LA HERIDA
CIERRE POR PLANOS
SE CUBRE HERIDA CON TEGADERM Y APOSITOS

Colaboradores

Cirujano 1 (Ppal): CASAS CASTILLO GERARDO
Anestesiologo 1: CRUZ ARCINIEGAS CAMILO
Cirujano 2: FUERTES BOLAÑOS DARIO FERNANDO

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Control de Medicamentos

14 febrero 2017 14:40 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: mesa qx

∗ 14 Feb 2017 14:40 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 AMPOLLA Via OTROS

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 14:43 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: Ver registro de anestesia

* 14 Feb 2017 14:43 ROXICAINA 2% (20 mg/ 1 mL) JALEA TUBO x 30 mL 1 AMPOLLA Via URETRAL

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 14:44 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 14 Feb 2017 14:44 AGUA ESTERIL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL. 1 AMPOLLA Via OTROS

* 14 Feb 2017 15:00 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

* 14 Feb 2017 15:01 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 15:26 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 14 Feb 2017 15:26 PROPOFOL 1% (10 mg / 1 mL) EMULSION INYECTABLE AMPOLLA x 50 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 14 Feb 2017 15:26 HIDROCORTISONA 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 15:27 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 14 Feb 2017 15:27 HIDROCORTISONA 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 14 Feb 2017 15:27 DORMICUM 5 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 14 Feb 2017 15:27 ESMERON 50 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 15:28 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 14 Feb 2017 15:28 RANITIDINA CLORHIDRATO 50 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 Ml 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 14 Feb 2017 15:28 AGUA ESTERIL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL. 1 AMPOLLA Via OTROS

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 15:29 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 14 Feb 2017 15:29 DEXAmetasona FOSFATO 4 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 14 Feb 2017 15:29 DEXAmetasona FOSFATO 4 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 15:35 - *(CIRUGIA)*

* 14 Feb 2017 15:35 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 15:36 - *(CIRUGIA)*

* 14 Feb 2017 15:36 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB2323 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

∗ 14 Feb 2017 15:36 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB2323 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 15:38 - *(CIRUGIA)*

∗ 14 Feb 2017 15:38 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 15:39 - *(CIRUGIA)*

∗ 14 Feb 2017 15:39 REMIfentanil 2 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 15:40 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: mesa qx

∗ 14 Feb 2017 15:40 bupiNEST SIMPLE 0,75% (7,5 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

Observaciones: mesa qx

∗ 14 Feb 2017 15:40 bupiNEST SIMPLE 0,75% (7,5 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 15:58 - *(CIRUGIA)*

∗ 14 Feb 2017 15:58 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 16:27 - *(CIRUGIA)*

∗ 14 Feb 2017 16:27 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB2323 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 16:52 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

∗ 14 Feb 2017 16:52 KETOROLACO 30 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

∗ 14 Feb 2017 16:52 KETOROLACO 30 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 16:58 - *(CIRUGIA)*

∗ 14 Feb 2017 16:58 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

∗ 14 Feb 2017 16:58 ROXIcaina SIMPLE 2% (20 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

∗ 14 Feb 2017 16:58 AGUA ESTERIL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL. 1 AMPOLLA Via OTROS

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 17:17 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

∗ 14 Feb 2017 17:17 ESMERON 50 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 18:18 - *(CIRUGIA)*
* 14 Feb 2017 18:18 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB2323 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 18:48 - *(CIRUGIA)*
* 14 Feb 2017 18:48 DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 18:56 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: Ver registro de anestesia
* 14 Feb 2017 18:56 ONDAX 8 mg / 4 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 4 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 18:57 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: Ver registro de anestesia
* 14 Feb 2017 18:57 AGUA ESTERIL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL. 1 AMPOLLA Via OTROS

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 19:00 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: Ver registro de anestesia
* 14 Feb 2017 19:00 PROPOFOL 1% (10 mg / 1 mL) EMULSION INYECTABLE AMPOLLA x 50 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

* 14 Feb 2017 19:00 REMIfentanil 2 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 19:01 - *(CIRUGIA)*
* 14 Feb 2017 19:01 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ALBA NELLY VALENCIA HERNANDEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1130584976

14 febrero 2017 19:18 - *(CIRUGIA)*
* 14 Feb 2017 19:18 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via OTROS

* 14 Feb 2017 19:18 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via OTROS

Firmado electrónicamente por **YAMILETH TAMAYO CASTRO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 66917759

14 febrero 2017 19:51 - *(CIRUGIA)*
* 14 Feb 2017 19:51 bupiNEST SIMPLE 0,75% (7,5 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

Firmado electrónicamente por **YAMILETH TAMAYO CASTRO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 66917759

14 febrero 2017 20:00 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: REFUERZO PROFILAXIS
* 14 Feb 2017 20:01 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **YAMILETH TAMAYO CASTRO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 66917759

14 febrero 2017 20:36 - *(CIRUGIA)*
* 14 Feb 2017 20:36 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB 1323 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **YAMILETH TAMAYO CASTRO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 66917759

14 febrero 2017 23:05 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: Vía: Frecuencia: Dilución:

* 14 Feb 2017 23:00 ESOmeprazol 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 FRASCO Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ANA MARIA YUSTI ARIAS** -- RECUPERADORA
Identificación CC 1151944969

14 febrero 2017 23:19 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: DE LA DILUCION DE 1 A 1O ML

* 14 Feb 2017 21:00 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.8 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Observaciones: DE LA DILUCION DE 1 A 1OML

* 14 Feb 2017 21:45 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 0.2 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ANA MARIA YUSTI ARIAS** -- RECUPERADORA
Identificación CC 1151944969

Diagnósticos de Egreso

	Localización	Tipo DX
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Notas Aclaratorias

15 febrero 2017 00:10 - *(CIRUGIA)*

FEBRERO-14-2O17
23:4O ALPRAZOLAN X O.5 MG . . . . VIA ORAL

Firmado electrónicamente por **ANA MARIA YUSTI ARIAS** -- RECUPERADORA
Identificación CC 1151944969

16 febrero 2017 10:08 - *(CIRUGIA)*

10 ELECTRODO AGUJA INDIVIDUAL MM ECLIPSE
1 ELECTRODO DE AGUJA SENCILLO
1 ELECTRODO TIERRA ECLIPSE 35X5 CMM
1 ELECTRODO (PARA EMERGENCIA Y/O MEP)

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Datos de Enfermeria

Dispositivos Invasivos

Firmado Electrónicamente por **CASAS CASTILLO GERARDO**
Identificación **CC 16629449**
Especialidad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**
Tarjeta Profesional **11654**

Historia Clínica de la Atención

URGENCIAS

Dirección: **Cra 38 Bis No 5B2-04. PISO 0**
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **20000**

Atención No.**7840938**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **51 Años 4 Meses 10 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **04-mar.-2017 9:30** Fecha y hora de Atención **04-mar.-2017 9:37**
El paciente se moviliza por sus propios medios? **Si** Medio de trasporte
Estado de llegada **Alerta** Procedencia **Domicilio**
Llegó remitido de

Causa de Consulta y Anamnesis

Causa del evento: **DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO**
Fecha de ocurrencia: Tiempo de evolución: **17 Días** Tipo de evento: **Enfermedad General**
Tipo consulta PyP: Sito de ocurrencia:

Enfermedad Actual - (Anamnesis)

PACIENTE DE 51 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE DM TIPO 2 E HTA, ADEMAS POP DE 17 DIAS DE EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE CANAL RAQUÍDEO + OSTEOTOMÍA VERTEBRAL VIA ANTERIOR Y POSTERIOR Y ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBOSACRA QUE EN SU POP DESDE QUE SALIO DE CX A PRESENTADO UN DOLOR EN TODO EL MIEMBRO INFERIOR DERECHO POR LO QUE HA REQUERIDO MANEJO CON PREGABALINA PARA EL DOLOR ARCOXIA, PALEXIS, SIN EMBARGO A CONTINUADO CON EL DOLOR POR LO QUE SE COMUNICA CON SU MEDICO TRATANTE QUIEN LE INDICA VENIR POR URGENCIAS PARA REVALORAR.

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)

Antecedentes Familiares

	Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros

Otros	- no
Otros	- no sabe
Otros	- SIN DATO
Otros	- no refiere

Signos vitales

Fecha	P. A.	PAM	P. Pulm.	PPM	PVC	Temp °C	F.Card.	F. Resp	Sat O2	FIO2
04/mar./2017 09:29	141/96	111	/			36.2	89	18	98	
04/mar./2017 10:02	141/96		/			36.2	89	18	98	

Revisión por Sistemas

04 marzo 2017 10:02 - *(URG P0 LADO A)*

Observaciones. . . . . **Revisión por sistemas negativo**

Firmado electrónicamente por **CARLOS EDUARDO GARCIA RAMIREZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 6393809 Identificación CC 6393809

Examen Físico

04 marzo 2017 10:02 - *(URG P0 LADO A)*

Estado General.	**PACIENTE SE OBSERVA DEAMBULAR COJEANDO POR DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO, NO HAY ALTERACION DE LOS SIGNOS VITALES, SOLO UN LEVE AUMENTO DE LA PRESION ARTERIAL DIASTOLICA**
Cabeza.	**NORMOCEFALICO**
Boca y Faringe.	**MUCOSA ORAL HUMEDA**
Cuello.	**MOVIL, SIN ADENOPATIAS**
Tórax.	**NORMOEXPANSIVO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, AMBOS CAMPOS PULMONARES LIMPIOS**
Abdomen.	**BLANDO DEPRESIBLE CON PERISTALTISMO POSITIVO, NO MASAS, NO MEGALIAS A LA PALPACION**
Genito - Urinario.	**SE OMITE**
Musculo-esquelético.	**MOVILES, SIMETRICAS, PULSOS POSITIVOS, BUEN LLENADO CAPILAR, DOLOR A LA MOVILIZACION DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO**
Neurológico.	**ALERTA, GLASGOW 15/15**
Piel.	NORMAL
Analisis.	**PACIENTE EN POP DE 17 DIAS DE EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE CANAL RAQUÍDEO + OSTEOTOMÍA VERTEBRAL VIA ANTERIOR Y POSTERIOR Y ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBOSACRA QUE EN SU POP DESDE QUE SALIO DE CX A PRESENTADO UN DOLOR EN TODO EL MIEMBRO INFERIOR DERECHO QUE NO HA MEJORADO CON MULTIPLES ANALGESICOS SE COMUNICA CON SU MEDICO TRATANTE QUIEN LE INDICA VENIR POR URGENCIAS PARA REVALORAR. SE INICIA MANEJO DEL DOLOR A LA ESPERA DE LA VALORACION POR ESPECIALISTA TRATANTE.**
Observaciones.	**Revisión por sistemas negativo**
Triage.	**2**

Firmado electrónicamente por **CARLOS EDUARDO GARCIA RAMIREZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 6393809 Identificación CC 6393809

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- (M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **CARLOS EDUARDO GARCIA RAMIREZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 6393809 Identificación CC 6393809

Notas de Interconsultas

04 marzo 2017 10:24 - *(URG P0 LADO A)*

PACIENTE POSQUIRURGICO DE ARTRODESIS L5-S1, PRESENTA DOLOR NEUROPATICO IRRADIADO AL MID EN TERRITORIO DE L5 DER
E.F: HERIDA CICATRIZADA, LASEGNE ´(+) DER, NO DEFICIT MOTOR
TAC MUESTRA ESTENOSIS POR FRAGMENTO OSEO EN EL RECESO LATERAL DE LA RAIZ L5 DER
PLAN: BLOQUEO FORAMINAL A REALIZAR POR NEURORADIOLOGIA (DR WILLIAM ESCOBAR)
SE LE EXPLICA AL PACIETNE EL PROCEDIMIENTO Y LA POSIBILIDAD QUE SI NO MEJORA PUEDA REQUERIR UNA REINTERVENCIÓN
SE DEBE SOLICIATA PROCEDIMIENTO A LA ENTIDAD DE BLOQUEO FORAMINAL DIRIGIDO POR TAC, AUTORIZAR HONORARIOS MEDICOS Y DERECHOS DE SALA

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Nota de Egreso

04 marzo 2017 15:13 - *(URG P0 LADO A)*

PACIENTE DE 51 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE DM TIPO 2 E HTA, ADEMAS POP DE 17 DIAS DE EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE CANAL RAQUÍDEO + OSTEOTOMÍA VERTEBRAL VIA ANTERIOR Y POSTERIOR Y ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBOSACRA QUE EN SU POP DESDE QUE SALIO DE CX A PRESENTADO UN DOLOR EN TODO EL MIEMBRO INFERIOR DERECHO POR LO QUE HA REQUERIDO MANEJO CON PREGABALINA PARA EL DOLOR ARCOXIA, PALEXIS, SIN EMBARGO A CONTINUADO CON EL DOLOR POR LO QUE SE COMUNICA CON SU MEDICO TRATANTE QUIEN LE INDICA VENIR POR URGENCIAS PARA REVALORAR.

EGRESO
DX POST QX: INFILTRACION DE FORAMEN L5-S1 DERECHO GUIADO POR TOMOGRAFIA Y FLUOROSCOPIA
ANESTESIA SEDACION
PROCEDMIENTO
PREVIA REALIZACION DE SPERT CT SE LOCALIZA FORAMEN L5 S1 DERECHO.
LUEGO CON SPERT GUIDE SE AVANZA SPINOCAT N 22 SE CONFIRMA POSISCION DE LA AGUJA Y SE INYECTA MEZCLA DE XILOCAINA MARCAINA Y ESTEROIDES.

DR. WESCOBAR

Finalizado el procedimiento, sin complicaciones y paciente hemodinamicamente estableSe dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

SE COMENTA CON EL DR CASAS COLUMNOLOGO TRATNATE ORDENA DEBE CONTINUAR MANEJO CON PALEXIS 50 MG CADA 6 HORAS, POR UNA SEMANA MAS (HASTA NUEVO CONTROL) Y LYRICA CADA 12 HORAS

Firmado electrónicamente por **MELISSA VARELA HURTADO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 08945 Identificación CC 1062295041

Ordenes de Examenes

04 marzo 2017 10:18 - *(URG P0 LADO A)*

* (Hora: 10:18) 890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES) Ubicación **No Aplica**

Firmado electrónicamente por **CARLOS EDUARDO GARCIA RAMIREZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 6393809 Identificación CC 6393809

Ordenes de Medicamentos

04 marzo 2017 10:03 - *(URG P0 LADO A)*

* PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 1 AMP
  Observaciones: 1 AMPOLLA EN 250 CC DE SSN EV

* DEXAmetasona FOSFATO 4 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 1
  Observaciones: 1 AMPOLLA EV DOSIS UNICA

* TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg / 1 mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 1
  Observaciones: PASAR 50 MG DILUIDOS EN 100 CC DE SSN EV

Firmado electrónicamente por **CARLOS EDUARDO GARCIA RAMIREZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 6393809 Identificación CC 6393809

Notas de Enfermeria

04 marzo 2017 11:35 - *(URG P0 LADO A)*

10:00 INGRESA HOMBRE ADULTO AL SERVICIO DE URGENCIS POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, REFIERE DOLOR QUE SE IRRADIA A MID, TIENE ANTECEDENTE PREVIO QX DE CX DE COLUMNA POR LE DR CASAS, ES VALORADO POR EL QUIEN DA ORDEN MEDICA DE TRASLADAR A ANGIOGRAFIA, SE COLOCA MEDICACION ORDENADA, PENDIENTE TRASLADO.
11:35 SE TRASLADA AL SEÑOR JAN CARLO A ANGIOGRAFIA PARA REALZIACION DE PROCEDIMIENTO VA EN CAMILLA EN COMPAÑIA DE FAMILAIR Y CAMILLERO.

Firmado electrónicamente por **FRANKLIN MOPAN PIAMBA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 14468802

Control de Medicamentos

04 marzo 2017 11:37 - *(URG P0 LADO A)*

Observaciones: 100CC DE SSN

* 04 Mar 2017 11:31 DEXAmetasona FOSFATO 4 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: 250CC DE SSN
* 04 Mar 2017 11:32 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: 100CC DE SSN
* 04 Mar 2017 11:32 TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg / 1 mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: DILUCION MEDICAMENTOS
* 04 Mar 2017 11:32 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 2 BOLSA Via ENDOVENOSA

Observaciones: DILUCION MEDICAMENTOS
* 04 Mar 2017 11:32 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **FRANKLIN MOPAN PIAMBA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 14468802

Traslado de Pacientes por Enfermeria

04 marzo 2017 11:40 - *(URG P0 LADO A)*

TRASLADO DE PACIENTES POR ENFERMERIA

DESTINO: Cirugía ( ) Hospitalización ( ) Hospitalización Sede Principal ( ) UCI Adultos( ) UCI Rn( ) UCI Ped( ) Angiografía(X) Otro( )

HORA DE REALIZADO EL TRASLADO: 11:35

CONDICIONES DE TRASLADO: Aislamiento: SI( ) NO(X) Oxigeno: SI( ) NO(X)

TRANSPORTE: Camilla: (X) Silla De Ruedas: ( )

FAMILIAR Y/O ACOMPAÑANTE: SI: (X) NO: ( )

SIGNOS VITALES ANTES DEL TRASLADO DEL PACIENTE:
T.A: (141 / 96) F.C: (89) F.R: (18) SatO2:(98) T:(36.2) EVA: (0) GLASGOW:(15)
ULTIMA GLUCOMETRIA: ( )

ESTADO DE CONCIENCIA: CONCIENTE
MOVILIZACION DE EXTREMIDADES: SI
ALERGIAS: NO: ( ) SI: (X) CUAL: (DIPIRONA)
RIESGO DE CAIDA: NO:(X) SI: ( )

DISPOSITIVOS INVASIVOS:
Catéter Venoso Central:
Tipo de catéter:( ) Numero de Vías: ( )
Sitio de punción: ( ) Características del sitio de punción: ( )
Fecha de Inserción: (/ /) DD/MM/AAAA

Línea arterial:
MSD: ( ) Fecha de Inserción: (/ /) DD/MM/AAAA
MSI: ( ) Fecha de Inserción: (/ /) DD/MM/AAAA

Venopunción yugular:
SI: ( ) NO: ( ) DER:( ) IZQ: ( ) Fecha de Inserción:(/ /) DD/MM/AAAA

Catéter Periférico:
MSD: (X) Fecha de Inserción: (04 / 03 / 2017) DD/MM/AAAA
MSI: ( ) Fecha de Inserción: (/ /) DD/MM/AAAA
MID: ( ) Fecha de Inserción: (/ /) DD/MM/AAAA
MII: ( ) Fecha de Inserción: (/ /) DD/MM/AAAA

Sonda Vesical: ( ) Sonda Nasogástrica: ( ) Sonda Nasoyeyunal: ( )
Sonda de gastro yeyunostomia: ( )
Drenajes o Tubos: ( )

GOTEOS Y LIQUIDOS ENDOVENOSOS:
Medicamento: (TRAMAL X 50) CC/H: ( ) BOMBA DE INFUSION: Si:( ) No: (X)
Medicamento: ( ) CC/H: ( ) BOMBA DE INFUSION: Si:( ) No: ( )
Medicamento pendiente: ( ) LEV: ( )
Nutrición Enteral: ( ) CC/H: ( )
Nutrición Parenteral: ( ) CC/H: ( )

ESTADO DE LA PIEL:
•Presencia de flebitis: NO: (X) SI: ( ) Localización:( )
•Cuidado de enfermería realizado:( )
•Zonas de Presión: NO: (X) SI:( ) Localización:( ) Estado:( )
•Presencia de Heridas: NO: (X) SI:( ) Descripción de Heridas: ( )

Exámenes Diagnósticos y Procedimientos Pendientes:

_____
_____

OBSERVACIONES GENERALES:

_____
_____
_____

Firmado electrónicamente por **FRANKLIN MOPAN PIAMBA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 14468802

Diagnósticos de Egreso

	Localización	Tipo DX
-- (M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **MELISSA VARELA HURTADO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 08945 Identificación CC 1062295041

Salida Urgencias

Estado vital al salir **Vivo** Estado al salir Destino al salir **Domicilio**
Fecha y hora de salida **04 mar. 2017 15:13** Remitido a
Medio de trasporte

Fórmulas Médicas

PALEXIS COMPRIMIDO 50 MG, CAJA POR 30 COMPRIMIDOS 1
TOMAR UNA COMPRIMIDO CADA 6 HORAS, HASTA NUEVO CONTROL
LYRICA 150mg (150mg) -- Cja.x 28Cap 1
TOMAR UNA TAB CADA 12 HORAS.

Firmado electrónicamente por **MELISSA VARELA HURTADO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 08945 Identificación CC 1062295041

Datos de Enfermeria

Dispositivos Invasivos

Firmado Electrónicamente por **GARCIA RAMIREZ CARLOS EDUARDO**
Identificación **CC 6393809**
Especialidad **MEDICINA GENERAL**
Tarjeta Profesional **6393809**

Historia Clínica de la Atención

ANGIOGRAFÍA

Dirección: **Cra 38 Bis No 5B2-04. Ninguno Ninguno**
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **123**

Atención No.**7840938**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **51 Años 4 Meses 10 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **04-mar.-2017 11:34**
Fecha y hora de Atención **04-mar.-2017 11:35**
El paciente se moviliza por sus propios medios?
Medio de trasporte
Estado de llegada
Procedencia **Urgencias**
Llegó remitido de

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							

Signos vitales

04 marzo 2017 12:00 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Presión Arterial **140/91** Temperatura **35.9**°C Frec. Card. **77**xMin Frec. Resp. **19**xMin Peso **90**Kg Talla **1.79**mts IMC **28.08**
Superf. Corporal Glassgow **15** Tiene aliento alcohólico? **No** Grado Alcoholemia % Saturación de O_2 **97**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Firmado electrónicamente por **RUTH LAIDEN VASQUEZ RODRIGUEZ** -- RECUPERADORA
Identificación CC 66879098

04 marzo 2017 12:57 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Presión Arterial **140/91** Temperatura **36**°C Frec. Card. **77**xMin Frec. Resp. **19**xMin Peso Kg Talla mts IMC Superf. Corporal Glassgow Tiene aliento alcohólico? **No** Grado Alcoholemia % Saturación de O_2

Firmado electrónicamente por **LIDA MARITZA CAMACHO LOZANO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 2812/96 Identificación CC 31993990

04 marzo 2017 13:30 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Presión Arterial **194/118** Temperatura **36**°C Frec. Card. **73**xMin Frec. Resp. **14**xMin Peso Kg Talla mts IMC Superf. Corporal Glassgow **15** Tiene aliento alcohólico? **No** Grado Alcoholemia % Saturación de O_2 **100**

Firmado electrónicamente por **SANDRA MILENA RENGIFO OORIO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29105405

04 marzo 2017 14:15 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Presión Arterial **179/97** Temperatura **36**°C Frec. Card. **81**xMin Frec. Resp. **10**xMin Peso Kg Talla mts IMC Superf. Corporal Glassgow **15** Tiene aliento alcohólico? **No** Grado Alcoholemia % Saturación de O_2 **96**

Firmado electrónicamente por **SANDRA MILENA RENGIFO OORIO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29105405

04 marzo 2017 14:59 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Presión Arterial **134/89** Temperatura **36**°C Frec. Card. **80**xMin Frec. Resp. **23**xMin Peso Kg Talla mts IMC Superf. Corporal Glassgow Tiene aliento alcohólico? **No** Grado Alcoholemia % Saturación de O_2 **100**

Firmado electrónicamente por **SANDRA VASQUEZ NARVAEZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 66901014

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- (M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA		Impresion Diagnóstica

Bloqueo foraminal L5-S1 derecho

Firmado electrónicamente por **LIDA MARITZA CAMACHO LOZANO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 2812/96 Identificación CC 31993990

Notas de Evolución

04 marzo 2017 14:17 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Día de Hospitalización No.1

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
INFILTRACION DE FORAMEN L5-S1 DERECHO
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
ANTECEDENTE DE ANTEROLISTESIS DE L5/S1
INTRUMENTACION DE L4-S1
ESTENOSIS FORAMINAL L5S1 DERECHO
DX POST QX: INFILTRACION DE FORAMEN L5-S1 DERECHO GUIADO POR TOMOGRAFIA Y FLUOROSCOPIA
ANESTESIA SEDACION
PROCEDMIENTO
PREVIA REALIZACION DE SPERT CT SE LOCALIZA FORAMEN L5 S1 DERECHO.
LUEGO CON SPERT GUIDE SE AVANZA SPINOCAT N 22 SE CONFIRMA POSISCION DE LA AGUJA Y SE INYECTA MEZCLA DE XILOCAINA MARCAINA Y ESTEROIDES.

DR. WESCOBAR

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Tipo Estancia: Recuperación
Criterio: Recuperación

Firmado electrónicamente por **WILLIAM ESCOBAR ROJAS** -- INTERVENCIONISMO VASCULAR
Tarjeta Profesional: 14267 Identificación CC 10534091

Nota de Egreso

04 marzo 2017 14:50 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Paciente con dolor neuropático de MID en trayecto de L5, evaluado por el Dr. Casas y considera realizar bloqueo foraminal bajo iion fluroscopica, por el Dr. William Escobar.

TAC DE CLUMNA LUMBAR 1 MARZO 2017:
Disminución en la amplitud del espacio intervertebral L5-S1, con esclerosis de platillos vertebrales y fenómeno de vacío por discopatía degenerativa.
Articulaciones facetarias de apariencia normal.
Abombamiento difuso del anillo fibroso en los niveles L4-L5 y L5-S1, sin efecto compresivo significativo para el canal central.
Estenosis foraminal bilateral L5-S1 con pérdida de la grasa peri-radicular, hallazgo que puede justificar efecto compresivo para raíces emergentes.

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA
INFILTRACION DE FORAMEN L5-S1 DERECHO
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
ANTECEDENTE DE ANTEROLISTESIS DE L5/S1
INTRUMENTACION DE L4-S1
ESTENOSIS FORAMINAL L5S1 DERECHO
DX POST QX: INFILTRACION DE FORAMEN L5-S1 DERECHO GUIADO POR TOMOGRAFIA Y FLUOROSCOPIA
ANESTESIA SEDACION
PROCEDMIENTO
PREVIA REALIZACION DE SPERT CT SE LOCALIZA FORAMEN L5 S1 DERECHO.
LUEGO CON SPERT GUIDE SE AVANZA SPINOCAT N 22 SE CONFIRMA POSISCION DE LA AGUJA Y SE INYECTA MEZCLA DE XILOCAINA MARCAINA Y ESTEROIDES.

DR. WESCOBAR

Finalizado el procedimiento, sin complicaciones y paciente hemodinamicamente estable, se traslada a urgencias, de donde es procedente se indica Miolaxin tab 400/500 1 tab cada 8 horas, y pedir cita por la consulta externa con clínica del dolor.

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Tipo Estancia: Recuperación
Criterio: Recuperación

Firmado electrónicamente por **LIDA MARITZA CAMACHO LOZANO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 2812/96 Identificación CC 31993990

Control de Medicamentos

04 marzo 2017 13:53 - *(ANGIOGRAFÍA)*

* 04 Mar 2017 12:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB 1323 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **RUTH LAIDEN VASQUEZ RODRIGUEZ** -- RECUPERADORA
Identificación CC 66879098

04 marzo 2017 15:15 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Observaciones: Ver dosis administrada en el registro de anestesia.PRevia dilución.

* 04 Mar 2017 13:30 PROPOFOL 1% (10 mg / 1 mL) EMULSION INYECTABLE VIAL x 20 mL 1 FRASCO Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver dosis administrada en el registro de anestesia.

* 04 Mar 2017 13:30 DORMICUM 5 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver dosis adminstrada en el registro de anestesia.

* 04 Mar 2017 13:30 FENtanilo 0,5 mg / 10 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

* 04 Mar 2017 14:00 ROXIcaina SIMPLE 2% (20 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 2 FRASCO Via INTRADÉRMICA

* 04 Mar 2017 14:00 bupiROP SIMPLE 0,5% (5 mg / 1 mL)SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 FRASCO Via INFILTRACIÓN

* 04 Mar 2017 14:00 DEPOmedrol 40 mg / 1 mL SUSPENSION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 FRASCO Via INFILTRACIÓN

Observaciones: Para mantenimiento de vena periferica.

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

*	04 Mar 2017 14:20	CLORURO ENDOVENOSA	DE	SODIO	0,9%	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	500 mL	REF:ARB	1323	1 BOLSA	Via

Firmado electrónicamente por **SANDRA MILENA RENGIFO OORIO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29105405

Diagnósticos de Egreso

	Localización	Tipo DX
-- (M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA		Impresion Diagnóstica
Bloqueo foraminal L5-S1 derecho		

Firmado electrónicamente por **LIDA MARITZA CAMACHO LOZANO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 2812/96 Identificación CC 31993990

Salida Urgencias

Estado vital al salir **Vivo** Estado al salir Destino al salir **Urgencias**

Fecha y hora de salida **04 mar. 2017 14:49** Remitido a

Medio de trasporte

Firmado Electrónicamente por **ESCOBAR ROJAS WILLIAM**
Identificación **CC 10534091**
Especialidad **INTERVENCIONISMO VASCULAR**
Tarjeta Profesional **14267**

Clínica Imbanaco
Grupo quirónsalud

Historia Clínica de la Atención

URGENCIAS

Dirección: **Cra 38 Bis No 5B2-04. PISO 0**
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **20000**

Atención No.**7843319**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **51 Años 4 Meses 12 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **CARLOS YOHANN MONTOYA TOBON**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **06-mar.-2017 10:37** Fecha y hora de Atención **06-mar.-2017 10:45**
El paciente se moviliza por sus propios medios? **No** Medio de trasporte
Estado de llegada **Alerta** Procedencia **Domicilio**
Llegó remitido de

Causa de Consulta y Anamnesis

Causa del evento: **DOLOR LUMBAR**
Fecha de ocurrencia: Tiempo de evolución: **1 Días** Tipo de evento: **Enfermedad General**
Tipo consulta PyP: Sito de ocurrencia:

Enfermedad Actual - (Anamnesis)

PACIENTE DE 51 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE DM TIPO 2 E HTA, EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE CANAL RAQUÍDEO + OSTEOTOMÍA VERTEBRAL VIA ANTERIOR Y POSTERIOR Y ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBOSACRA QUE EN SU POP DESDE QUE SALIO DE CX A PRESENTADO UN DOLOR EN TODO EL MIEMBRO INFERIOR DERECHO POR LO QUE HA REQUERIDO MANEJO CON PREGABALINA PARA EL DOLOR ARCOXIA, PALEXIS, SIN EMBARGO A CONTINUADO CON EL DOLOR , POSTERIOR BLOQUEO FORAMINAL A REALIZAR POR NEURORADIOLOGIA (DR WILLIAM ESCOBAR) PERSISTE CON DOLOR POR LO CUAL COMENTE CON MEDICO TRATANTE QUIEN ORDENA ACUDIR POR URGENCIAS.
NO FIEBRE , ORINA NORMAL

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Alérgicos	- HIDROMORFONA(Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2017 10:56:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)

Transfusiones	- (Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							

Signos vitales

Fecha	P. A.	PAM	P. Pulm.	PPM	PVC	Temp °C	F.Card.	F. Resp	Sat O2	FIO2
06/mar./2017 10:36	150/100	117	/			36	91	18	94	
06/mar./2017 10:55	150/100		/			36	91	18	94	
06/mar./2017 15:59	151/102		/			36.0	76	20		

Examen Físico

06 marzo 2017 10:55 - *(URG P0 LADO A)*

Estado General.	**ELEVACION DE CIFRAS TENSIONALES , NO FIEBRE , SATURACION NORMAL , SATURACION 94%**
Cabeza.	**NORMOCEFALO**
Boca y Faringe.	**MUCOSA HUMEDA**
Tórax.	**RITMICOS**
Abdomen.	**BLANDO**
Genito - Urinario.	**NO VALORO**
Musculo-esquelético.	**DOLOR COLUMNA LUMBAR , PREDOMINIO DERECHO, LA SEGUEE POSITIVA**
Neurológico.	**ALERTA**
Analisis.	**EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE CANAL RAQUÍDEO + OSTEOTOMÍA VERTEBRAL VIA ANTERIOR Y POSTERIOR Y ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBOSACRA PERSISTE CON DOLOR , MEDICO TRATANTE DR CASAS , EN EL MOMENTO PERSISTENCIA DE DOLOR , GLUCOMETRIA 207 MG / DL , VALORAN MEDICOS TRATANTES , ORDENAN HOSPITALIZACION , SE EXPLICA**
Triage.	**3**

Firmado electrónicamente por **NINA MARITZA PUPIALES** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 52878006 Identificación CC 52878006

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- (M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Notas de Evolución

06 marzo 2017 10:58 - *(URG P0 LADO A)*

Día de Hospitalización No.1
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA

Tipo Estancia: Recuperación
Criterio: Recuperación

Firmado electrónicamente por **NINA MARITZA PUPIALES** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 52878006 Identificación CC 52878006

06 marzo 2017 11:00 - *(URG P0 LADO A)*

Día de Hospitalización No.1

Diagnósticos:
RADICULOPATIA L5S1 DERECHA
POP DESCOMPRESION INSTRUMENTACION LUMBOSACRA L5S1 BILATERAL (HACE 15 DIAS)
POP BLOQUEO FORAMINAL L5S1 DERECHA HACE 48 HORAS
DOLOR LUMBOCIATICO DERECHO REFRACTARIO A MANEJO MEDICO MULTIMODAL INTERVENCIONISTA
AUMENTO DE DOLOR EN LA ULTIMA SEMANA
NULA RTA CLINICA+
BUEN ESTADO GRAL CONCIENTE ALERTA ACTIVO ORIENTADO EX NEUROLOGICO LASSEGUE DERECHO + BRAGARD DER + FUERZA L5S1 DERECHO 3+/5
ESFINTERES CONSERVADOS

HERIDA QX SANA SIN SIGNOS LOCALES DE INFECCION
MARCHA ANTALGICA SIN DEFICIT
BUEN ESTADO GRAL
NO SIGNOS DE ALARMA
DOLOR CON PRUEBAS DE EXTENSION RADICULAR
Tipo Estancia: Hospitalización
Criterio: Hospitalización

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

06 marzo 2017 11:09 - *(URG P0 LADO A)*

Día de Hospitalización No.1
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
PACTE CON DOLOR SOLICITO RM CON CONTRASTE DE COLUMNA LUMBOSACRA PARA ESTUDIO DE COMPRESION RADICULAR
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

06 marzo 2017 15:37 - *(URG P0 LADO A)*

Día de Hospitalización No.1
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA

Firmado electrónicamente por **NINA MARITZA PUPIALES** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 52878006 Identificación CC 52878006

06 marzo 2017 17:16 - *(URG P0 LADO A)*

Análisis de Resultados de Exámenes

903883 GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]: 202MG / DL

883231 RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE: PENDIENTES

930860 ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS): PENDIENTES

891508 NEUROCONDUCCION POR CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS NERVIOS): PENDIENTES

891502 REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL (ONDAS F O H): PENDIENTES

903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS: 0.78

Firmado electrónicamente por **NINA MARITZA PUPIALES** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 52878006 Identificación CC 52878006

Nota de Egreso

06 marzo 2017 17:16 - *(URG P0 LADO A)*

PACIENTE DE 51 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE DM TIPO 2 E HTA, EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE CANAL RAQUÍDEO + OSTEOTOMÍA VERTEBRAL VIA ANTERIOR Y POSTERIOR Y ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBOSACRA QUE EN SU POP DESDE QUE SALIO DE CX A PRESENTADO UN DOLOR EN TODO EL MIEMBRO INFERIOR DERECHO POR LO QUE HA REQUERIDO MANEJO CON PREGABALINA PARA EL DOLOR ARCOXIA, PALEXIS, SIN EMBARGO A CONTINUADO CON EL DOLOR , POSTERIOR BLOQUEO FORAMINAL A REALIZAR POR NEURORADIOLOGIA (DR WILLIAM ESCOBAR) PERSISTE CON DOLOR POR LO CUAL COMENTE CON MEDICO TRATANTE QUIEN ORDENA ACUDIR POR URGENCIAS.
NO FIEBRE , ORINA NORMAL

Firmado electrónicamente por **NINA MARITZA PUPIALES** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 52878006 Identificación CC 52878006

Ordenes de Examenes

06 marzo 2017 10:56 - *(URG P0 LADO A)*

* (Hora: 10:56) 890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA) Ubicación **No Aplica**

Firmado electrónicamente por **NINA MARITZA PUPIALES** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 52878006 Identificación CC 52878006

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

06 marzo 2017 10:57 - *(URG P0 LADO A)*

* (Hora: 10:57) 903883 GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] Ubicación **No Aplica**
Observaciones .. .

Firmado electrónicamente por **NINA MARITZA PUPIALES** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 52878006 Identificación CC 52878006

06 marzo 2017 11:01 - *(URG P0 LADO A)*

* (Hora: 11:01) 890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO) Ubicación **No Aplica**
Observaciones DOLOR RADICULAR L5S1 DERECHO EXACERBADO POP DESCOMPRESION LUMBOSACRA POR ESPONDILOLISTESIS

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

06 marzo 2017 11:11 - *(URG P0 LADO A)*

* (Hora: 11:11) 883231 RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE Ubicación **No Aplica**
Observaciones ESTDUIO DE DOLOR CRONICO RADICULAR REFRACTARIO. ESTUDIO DE POSIBLE COMPRESION RADICULAR L5S1 DERECHO

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

06 marzo 2017 11:12 - *(URG P0 LADO A)*

* (Hora: 11:13) 891502 REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL (ONDAS F O H) Ubicación **Ambas**
Observaciones ESTDIO D DOLOR RADICULAR L5S1. COLUMNA

* (Hora: 11:12) 891508 NEUROCONDUCCION POR CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS NERVIOS) Ubicación **Derecha**
Observaciones ESTDIO DE DOLOR RADICULAR L5S1 DERECHO. COLUMNA

* (Hora: 11:12) 930860 ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS) Ubicación **Ambas**
Observaciones ESTUDIO DE DOLOR RADICULAR L5S1 DERECHO. ESTUDIO DE DOLOR

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

06 marzo 2017 11:14 - *(URG P0 LADO A)*

* (Hora: 11:14) 903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS Ubicación **No Aplica**

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Ordenes de Medicamentos

06 marzo 2017 11:00 - *(URG P0 LADO A)*

* CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 **Dosificación**: 1
Observaciones: PASAR EN BOLO AHORA DEJAR A MANTENIMIENTO

Firmado electrónicamente por **NINA MARITZA PUPIALES** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 52878006 Identificación CC 52878006

06 marzo 2017 11:14 - *(URG P0 LADO A)*

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 1 CAP
Observaciones: TOMAR CADA 12 HORAS

* HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL **Dosificación**: 1 AMPOLLA
Observaciones: Diluir hasta 10 cc y aplicar 3CC CAAD 4 HORAS , RESCATE 1 CC

* PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL **Dosificación**: AMPOLLA
Observaciones: 1 GRAMO CADA 6 HORAS

* CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL **Dosificación**: 1
Observaciones: Aplicar 40mg sc cada 24 horas

* NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 1
Observaciones: APLICAR 1 AMPOLLA EN 100 CC DE SSN E CADA DIA

* CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB 1323 **Dosificación**: 1
Observaciones: DEJAR A 100 CC HORA

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

06 marzo 2017 15:37 - *(URG P0 LADO A)*

* MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 1
Observaciones: DE 1 AMPOLLLA DILUIDA HASTA 10 CC DE SSN ADM 2 CC EV DIRECTO LENTO, DEJAR RESCATE 2 CC , VIGILAR ALERGIA

Firmado electrónicamente por **NINA MARITZA PUPIALES** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 52878006 Identificación CC 52878006

Ordenes Generales

06 marzo 2017 10:58 - *(URG P0 LADO A)*

Baño en cama
Cabecera a 30 grados
Control de signos vitales
Dieta completa para diabetico
Hospitalizar a nombre de: INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL, DR CASAS
Otras ordenes: GLUCOMETRIA CADA 8 HORAS

Firmado electrónicamente por **NINA MARITZA PUPIALES** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 52878006 Identificación CC 52878006

06 marzo 2017 11:00 - *(URG P0 LADO A)*

Avisar cambios a Dr(a) al tel: DARIO FUERTES 3017034510
Terapia física

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

06 marzo 2017 15:37 - *(URG P0 LADO A)*

Otras ordenes: SUSPENDER HIDROMORFONA POR ALERGIA

Firmado electrónicamente por **NINA MARITZA PUPIALES** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 52878006 Identificación CC 52878006

Notas de Enfermeria

06 marzo 2017 12:29 - *(URG P0 LADO A)*

INGRESA PACIENTE DE 51 AÑOS DE EDAD AL SERVICIO DE URGENCIAS CON DX DE ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA PACIENTE CON ANTEC DE DIABETIS MELLITUS ALERGICO ALA DIPIRONA Y ALA HIDROMORFONA PACIENTE CON HERIAS EN ABDOMEN QUE SE OBSERVA CUBIERTA CON MICROPORE SE OBSERVA UN POCO ENROGECIDA Y A NIVEL DE ESPALDA TAMBIEN PERO ESTA HERIDA SE OBSERVA LIMPIA Y SECA PACIENTE QUIEN AL MOVILIZARSE PRESENTA DOLOR DE MID SE CANALIZA VENA EN DORSO DE MSD SE TOMA MUESTRA DE SANGRE PARA CREATININA P/ TOMAR ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD , NEUROCONDUCCUION EN CADA EXTREMIDAD , REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL ., P/ VALORACION POR CUIDADOS PALIATIVOS PACIENTE CONCIENTE ALERTA DOLOR AL MOVILIZAR EL MID
QUEDA PACIENTE EN CAMILLA CONCIENTE ALERTA P/ REPORTE DE CREATININA P/ VALORACION POR CUIDADOS PALIATIVOS Y P/ TOMAR ELECTROMIOGRAFIA P/ HOSPITALIZACION

Firmado electrónicamente por **FABIOLA MUTIZ MUÑOZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 27275567

06 marzo 2017 13:00 - *(URG P0 LADO A)*

RECIB PACIENTE EN CAMILLA EN SALA DE OBSERVACION EN COMPAÑIA DE FAMILIAR CONCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, CON ACCESO VENOSO PEREMABLE PASANDO SSN 0.9% A 100 CC/HRA POR BOMBA DE INFUSION, PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, PACIENTE QUE TOLERA LA VIA ORAL ELIMINA ESPONTANEO P// HOSPITALIZAR CONTINUAR MANEJO.

Firmado electrónicamente por **KATHERIN ANDREA ARANZAZU RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143953065

06 marzo 2017 15:16 - *(URG P0 LADO A)*

PACIENTE QUE ES ALERGICO A LA HIDROMORFONA SE LE INFORMA A DRA NINA QUIEN DA ORDEN DE ADMINISTRA MORFINA DILUIDA A 10 CC AD SE LE ADMINISTRA 2 CC DE LA DILUCION

Firmado electrónicamente por **KATHERIN ANDREA ARANZAZU RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143953065

06 marzo 2017 15:49 - *(URG P0 LADO A)*

POR ORDEN MEDICA SE LE ADM 2 CC DE DILUCION DE MORFINA

Firmado electrónicamente por **KATHERIN ANDREA ARANZAZU RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143953065

Control de Medicamentos

06 marzo 2017 12:38 - *(URG P0 LADO A)*

* 06 Mar 2017 12:38 CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 1 JERINGA Via SUBCUTANEA

Observaciones: EL PACIENTE ES ALERGICO ALA HIDROMORFONA NO SE APLICA PERO ESTE MEDICAMENTO YA SE HABIA DILUIDO

* 06 Mar 2017 12:38 HIDROMORFONA 2 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

* 06 Mar 2017 12:49 NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: PARA DILUCION DEL NEXIUM

* 06 Mar 2017 12:50 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **FABIOLA MUTIZ MUÑOZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 27275567

06 marzo 2017 12:50 - *(URG P0 LADO A)*

* 06 Mar 2017 12:50 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 FRASCO Via ENDOVENOSA

Observaciones: BOLO

* 06 Mar 2017 12:51 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Observaciones: A 100 CC /HORA

* 06 Mar 2017 12:52 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **FABIOLA MUTIZ MUÑOZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 27275567

06 marzo 2017 12:54 - *(URG P0 LADO A)*

* 06 Mar 2017 12:54 LYRICA 75 mg CAPSULA 1 CAPSULA Via ORAL

Firmado electrónicamente por **FABIOLA MUTIZ MUÑOZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 27275567

06 marzo 2017 15:15 - *(URG P0 LADO A)*

* 06 Mar 2017 15:15 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: DILUCION MORFINA

* 06 Mar 2017 15:16 AGUA ESTERIL PARA INYECCION X 5 mL. ARA2311 2 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **KATHERIN ANDREA ARANZAZU RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143953065

Glucometria

06 marzo 2017 12:50 - *(URG P0 LADO A)*

Fecha Fecha: 06/03/2017 12:50
Resultados Resultados: 117 MGDO

Firmado electrónicamente por **FABIOLA MUTIZ MUÑOZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 27275567

Traslado de Pacientes por Enfermeria

06 marzo 2017 15:49 - *(URG P0 LADO A)*

TRASLADO DE PACIENTES POR ENFERMERIA

DESTINO: Cirugía ( ) Hospitalización (´X) Hospitalización Sede Principal ( ) UCI Adultos( ) UCI Rn( ) UCI Ped( ) Angiografía( ) Otro( )

HORA DE REALIZADO EL TRASLADO:

CONDICIONES DE TRASLADO: Aislamiento: SI( ) NO(X) Oxigeno: SI( ) NO(X)

TRANSPORTE: Camilla: (X) Silla De Ruedas: ( )

FAMILIAR Y/O ACOMPAÑANTE: SI: (X) NO: ( )

SIGNOS VITALES ANTES DEL TRASLADO DEL PACIENTE:
T.A: (151 / 102) F.C: (76) F.R: (20) SatO2:(98) T:(36.0) EVA: (3) GLASGOW:(15)
ULTIMA GLUCOMETRIA: ( )

ESTADO DE CONCIENCIA: CONCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA
MOVILIZACION DE EXTREMIDADES:
ALERGIAS: NO: ( ) SI: (X) CUAL: (DIPIRONA-HIDROMORFONA)
RIESGO DE CAIDA: NO:( ) SI: (X)

DISPOSITIVOS INVASIVOS:
Catéter Venoso Central:
Tipo de catéter:( ) Numero de Vías: ( )
Sitio de punción: ( ) Características del sitio de punción: ( )
Fecha de Inserción: (/ /) DD/MM/AAAA

Línea arterial:
MSD: ( ) Fecha de Inserción: (/ /) DD/MM/AAAA
MSI: ( ) Fecha de Inserción: (/ /) DD/MM/AAAA

Venopunción yugular:
SI: ( ) NO: ( ) DER:( ) IZQ: ( ) Fecha de Inserción:(/ /) DD/MM/AAAA

Catéter Periférico:
MSD: (X) Fecha de Inserción: (06 / 03 / 2017) DD/MM/AAAA
MSI: ( ) Fecha de Inserción: (/ /) DD/MM/AAAA
MID: ( ) Fecha de Inserción: (/ /) DD/MM/AAAA
MII: ( ) Fecha de Inserción: (/ /) DD/MM/AAAA

Sonda Vesical: ( ) Sonda Nasogástrica: ( ) Sonda Nasoyeyunal: ( )
Sonda de gastro yeyunostomia: ( )
Drenajes o Tubos: ( )

GOTEOS Y LIQUIDOS ENDOVENOSOS:
Medicamento: (SSN 0.9%) CC/H: (100) BOMBA DE INFUSION: Si:( ) No: ( )
Medicamento: ( ) CC/H: ( ) BOMBA DE INFUSION: Si:( ) No: ( )
Medicamento pendiente: ( ) LEV: ( )
Nutrición Enteral: ( ) CC/H: ( )
Nutrición Parenteral: ( ) CC/H: ( )

ESTADO DE LA PIEL:
•Presencia de flebitis: NO: (X) SI: ( ) Localización:( )
•Cuidado de enfermería realizado:( )
•Zonas de Presión: NO: (X) SI:( ) Localización:( ) Estado:( )
•Presencia de Heridas: NO: (X) SI:( ) Descripción de Heridas: ( )

Exámenes Diagnósticos y Procedimientos Pendientes:
P// REALIZAR ELECTROMIOGRAFIA - NEUROCONDUCCION - REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL, RMN DE COLUMNA CONTRASTADA PACIENTE ULTIMA COMIDA 13+30 DE 06/3/17_____
_____

OBSERVACIONES GENERALES:
PACIENTE CONCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA CON GLASGOW 15/15, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA HEMODINAMICAMENTE ESTBLE, PACIENTE CON LEVE DOLOR, SE LE ADMINISTRA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, CON ACCESO VENOSO PERMEABLE EN MSD CON JELCO ° 20 PASANDO SSN 0.9% A 100 CC/HRA POR BOMBA DE INFUSION, PACIENTE QUE SE MOVILIZA EN CAMILLA, LIMITACION A LA MARCHA, SE LE ADMINISTRA SU TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, P// TOMAR EXAMENES DIAGNOSTICAS, PACIENTE ULTIMA COMIDA A LAS 13+30 , CONTINUAR MANEJO EN PISO .
_____
_____
_____

Firmado electrónicamente por **KATHERIN ANDREA ARANZAZU RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143953065

Diagnósticos de Egreso	**Localización**	**Tipo DX**
-- (M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA		Impresion Diagnóstica

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Firmado electrónicamente por **NINA MARITZA PUPIALES** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 52878006 Identificación CC 52878006

Salida Urgencias

Estado vital al salir **Vivo** Estado al salir Destino al salir **Hospitalización Sede Principal**

Fecha y hora de salida **06 mar. 2017 17:16** Remitido a

Medio de trasporte

Datos de Enfermeria

Dispositivos Invasivos

Firmado Electrónicamente por **PUPIALES NINA MARITZA**
Identificación **CC 52878006**
Especialidad **MEDICINA GENERAL**
Tarjeta Profesional **52878006**

Clínica Imbanaco
Grupo quirónsalud

Historia Clínica de la Atención

HOSPITALIZACION

Dirección: **CRA. 38A NO. 5A - 100. TORRE A Ninguno**
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **1320**

Atención No.**7843319**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **51 Años 4 Meses 15 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **CARLOS YOHANN MONTOYA TOBON**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **06-mar.-2017 17:02**
Fecha y hora de Atención **06-mar.-2017 17:03**
El paciente se moviliza por sus propios medios?
Medio de trasporte
Estado de llegada
Procedencia **Urgencias**
Llegó remitido de

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Alérgicos	- HIDROMORFONA(Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2017 10:56:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Transfusiones	- (Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							

Signos vitales

Fecha	P. A.	PAM	P. Pulm.	PPM	PVC	Temp °C	F.Card.	F. Resp	Sat O2	FIO2
06/mar./2017 17:40	110/70		/			36.5	80	16		

	06/mar./2017 17:49	139/93		/			36.1	66	20	99	
	06/mar./2017 22:00	157/94		/			35.7	79	20	95	
	07/mar./2017 06:01	152/94		/			36	83	20	96	
	07/mar./2017 10:06	180/106		/			35.1	72	20	98	
	07/mar./2017 14:59	150/98		/			35.7	71	20	98	
	07/mar./2017 17:40	157/109		/				72		95	
	07/mar./2017 18:21	130/90		/				80			
	07/mar./2017 21:51	154/94		/			36.1	69	21	96	
	08/mar./2017 05:38	140/80		/			35.8	76	20	95	
	08/mar./2017 11:06	147/96		/			36	77	20	94	
	08/mar./2017 15:00	146/94		/			35.9	76	20	92	
	08/mar./2017 16:20	130/75	93	/			36	82	14		
	08/mar./2017 22:00	143/104		/			34.8	85	20	93	
	09/mar./2017 05:41	123/76		/			35.8	69	20	94	
	09/mar./2017 09:00	139/86		/			36	79	18	94	
	09/mar./2017 14:00	152/98		/			36.5	78	18	97	
	09/mar./2017 20:00	142/105		/			36.1	83	18	98	
	10/mar./2017 04:54	138/90		/			35.8	76	19	95	
	10/mar./2017 11:37	128/77		/			35.6	74	18	95	
	10/mar./2017 23:10	143/87		/			36.0	81	20	92	
	11/mar./2017 05:00	115/74		/			36.3	96	20	92	
	11/mar./2017 13:18	118/85		/			36.2	126	19	96	
	11/mar./2017 21:28	128/80		/			36.7	91	20	97	
	12/mar./2017 05:44	124/75		/			36	85	16	96	
	12/mar./2017 09:00	112/68		/			35.4	82	21	95	
	12/mar./2017 11:00			/				0			
	12/mar./2017 22:24	153/97		/			35.4	90	18	97	
	13/mar./2017 05:53	115/76		/			35.6	69	20	97	
	13/mar./2017 10:00	186/71		/			36.2	95	20	95	
	13/mar./2017 16:22	148/86		/			36	77	21	96	
	13/mar./2017 21:19	128/82		/			36.2	76	20	98	
	14/mar./2017 05:44	135/71		/			35.4	74	20	94	
	14/mar./2017 09:58	135/65		/			35	74	20	95	
	14/mar./2017 14:57	137/94		/			36.2	75	18	95	
	14/mar./2017 21:46	107/96		/			36.2	87	20	97	
	15/mar./2017 09:00	146/79		/			36.2	83	20	99	

Diagnósticos de Ingreso **Localización** **Tipo DX**

-- (F430) REACCION AL ESTRÉS AGUDO Impresion Diagnóstica

-- (G470) TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO [INSOMNIOS] Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **HAROLD COLINO ARIAS** -- PSIQUIATRIA
Tarjeta Profesional: 760638/05 Identificación CC 94495325

-- (M511) TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA Derecha Confirmado Repetido

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

-- (M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **CRISTIAN MAURICIO QUESADA CORREA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1143359366 Identificación CC 1143359366

Notas de Evolución

06 marzo 2017 21:26 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.1

Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
DOLOR INTENSO RADICULAR EN CARA ANTEROLATERAL DORSO DE PIE Y HALLUX DERECHO
POP DE 19 DIAS DE CORRECCION DE ESPONDILOLISTESIS ESPONDILOLISIS L5 BILATERAL
BUEN ESTADO GRAL CONCIENTE ALERTA ACTIVO ORIENTADO MARCHA SIN DEFICIT MOTOR LASSEGUE DER + BRAGARD DER + FUERZA L2L3L4L5S1 BILAT 5/5 SENSIBILIDAD DISESTESIA DERMATOMA L5S1 DERECHO
ADECUADO CONTROL DE ESFINTERES

NO SIGNOS DE ALARMA EN HERIDA QUIRURGICA ANTERIOR Y POSTERIOR
SANAS
CONSIDERO EVALUACION CON IMAGENES ANATOMICAS ESPECIFICAS Y NEUROCONDUCCION PARA EVALUAR POSIBLE DOLOR RADICULAR ASOCIADO A ESTENOSIS COMPRESIVA RESIDUAL
EVALUAMOS EN JUNTA MEDICA CON DR CASAS TAC SIMPLE QUE NO EVIDENCIA MALPOSCION DE INSTRUMENTACION POSTERIOR TRANSPEDICULAR
PENDIENTE EVALUACION DE RESONANCIA CON CONTRASTE BAJO SEDACION DEBIDO A QUE PACTE ES CLAUSTROFOBICO Y REQUIERE SEDACION CON ANESTESIOLOGO.
SOLICITO CAMA PARA COLUMNA
TITULACION ANALGESICA Y EVALUACION POR CLINICA DE DOLOR Y PSIQUIATRIA DE ENLACE
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

06 marzo 2017 21:32 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.1
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
MANEJO DE DOLOR RADICULAR REFRACTARIO A TITULACION
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

07 marzo 2017 00:15 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA

Paciente con insomnio de formula DU de alprazolam, 0.25 mg

Firmado electrónicamente por **VANESSA TOVAR LLANOS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76-4316 Identificación CC 1113644676

07 marzo 2017 10:06 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.2
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA

se ajusta terapia fisica

Firmado electrónicamente por **LINA MARCELA GARCIA CANO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 763173-12 Identificación CC 1113618930

07 marzo 2017 12:39 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
REFORMULACION

Firmado electrónicamente por **ELIZABETH MILENA ARCINIEGAS BASTIDAS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 70264/2011 Identificación CC 1085250474

Notas de Interconsultas

07 marzo 2017 14:30 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
PSIQUIATRIA

51 AÑOS.
ADMINISTRADOR DE EMPRESAS
VIVE SOLO.

PACIENTE HOSPITALIZADO CON EL SIGUIENTE DIAGNOSTICOS: ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA. SE HOSPITALIZO AL PRESENTAR DOLOR INTENSO RADICULAR EN CARA ANTEROLATERAL DORSO DE PIE Y HALLUX DERECHO. HACE 20 DIAS SE REALIZO CORRECCION DE ESPONDILOLISTESIS ESPONDILOLISIS L5 BILATERAL.
MANIFESTO QUE SUFRE DE INSOMNIO CRONICO. TOMA 15MG DE ZOPICLONA DESDE HACE 20 AÑOS -EN ESTA HOSPITALIZACION LA HA TOMADO-.
EXPRESO QUE A PESAR DEL MEDICAMENTO SIGUE PRESENTANDO INSOMNIO. MANIFESTO ANSIEDAD PERO LIGADA A

LOS PAROXISMOS DE DOLOR.
DESCRIBE UNA FUNCIONALIDAD ADECUADA, LO MISMO QUE LA SOCIALIZACION.
NEGO SINTOMAS MANEIFORMES Y PSICOTICOS.

AL EXAMEN MENTAL SE OBSERVA ANSIOSO, MODULANDO DOLOR, EL DISCURSO ES COHERENTE, RELEVANTE, CON QUEJAS SOMATICAS, NEGO IDEAS SUICIDAS, SIN ALUCINACIONES, ORIENTADA. JUICIO Y RACIOINIO CONSERVADOS.,

A/P: PACIENTE CON SINTOMAS REACTIVOS A SU CONDICION MEDICA QUE NO SE ESTRUCTURA COMO UNA ENFERMEDAD MENTAL. ADICIONO AL TRATAMIENTO ALPRAZOLAM 0.125MG EN LA MAÑANA Y LA TARDE Y 0.25MG EN LA NOCHE (ESTA ULTIMA DOSIS SOLO EN CASO DE INSOMNIO).
BRINDO PSICOEDUCACION.
CONTINUA EN SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRIA.

IDX: 1REACCION A ESTRES AGUDO 2-INSOMNIO

Firmado electrónicamente por **HAROLD COLINO ARIAS** -- PSIQUIATRIA
Tarjeta Profesional: 760638/05 Identificación CC 94495325

Notas de Evolución

07 marzo 2017 14:55 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.2

CUIDADO PALIATIVO

Pte conocido de hospitalización previe a mitad de feb donde se realiza corrección de espondilolistesis L5 - S1, presentaba dolor somatico agudo por su POP y dolor neuropático crónico. Se dio manejo con Sinalgen y lyrica, posterior a su egreso se rota de Sinalgen a Palexis 50 mg C/6 horas, pte refiere que el dolor a nivel de región lumbar disminuye progresivamente pero aparece ahora dolor tipo ardor y quemante a nivel de cara lateral de pierna derecha, es constante y se aumenta con el roce de la sabana. También hay dolor en dicha zona referido como "interno" y dolor tipo punzada en pulgar derecho.
Ahora esta en manejo con lyrica cada 12 horas 75 mg, morfina 2 mg C/6 horas, acetaminofén 1 gr VO C/8 horas.

Al EF alerta, orientado, hidratado.
Abdomen blando, depresible sin masas o dolor.
Sin dolor lumbar o signos de radiculopatia. Alodinia en cara lateral de pierna derecha.

Pte con dolor de componente neuropático, con alodinia por lo que se envía parche de versatis en zona demarcada (2 parches), se adiciona amitriptilina cada noche, seguir lyrica y acetaminofén igual. Pte de 90 kg aprox, se ajusta dosis de morfina a 4 mg C/6 horas. Dosis de rescate de 2 mg en caso de dolor no controlado.

Dr. Rubén Dario Serrano V.

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **RUBEN SERRANO VILLABONA GRUPO HOSPITAL SIN DOLOR** -- DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

07 marzo 2017 18:26 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.2
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
paciente continua hipertenso a pesar de dolor ya controlado, en el momento asintomatico con cifras tensionales de 158/110
se disminuye aporte de liquidos endovenosos.

Firmado electrónicamente por **ELIZABETH MILENA ARCINIEGAS BASTIDAS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 70264/2011 Identificación CC 1085250474

07 marzo 2017 20:36 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
DOLOR RADICULAR L5 DERECHO, MEJORIA PARCIAL CON INICIO DE LIDOCAINA TRANSDERMICA
BUEN ESTADO GRAL CONCIENTE ALERTA ACTIVO ORIENTADO
FUERZA L2L3L4L5S1 BILAT 5/5 SENSBILIDAD DISESTESIA DERMATOMA L5 DERECHO
LASSEGUE DER + BRAGARD DER NEGATIVO ROT PATELAR Y AQUILIANO ++/+++

NO SIGNOS DE INFECCION LOCAL EN HERIDA QX
ESTABLE HEMODINAMICAMENTE CONCIENTE ALERTA ACTIVO ORIENTADO
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo
PTE MAÑANA RESONANCIA CON CONTRASTE BAJO SEDACION (POR CLAUSTROFOBIA) HOY TENIA EL PROCEDIMIENTO PROGRAMADO PERO EL PACTE CONSUMIO DIETA EN LA TARDE POR LO CUAL TUVO QUE REPROGRAMARSE
MAÑANA EMG DE MSIS

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

08 marzo 2017 10:08 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.3

Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA

Reformulación:

Firmado electrónicamente por **VANESSA TOVAR LLANOS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76-4316 Identificación CC 1113644676

Notas de Interconsultas

08 marzo 2017 14:12 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

PSIQUIATRIA

IDX: 1REACCION A ESTRES AGUDO 2-INSOMNIO
TTO: ALPRAZOLAM 0.25MG/ DIA, AMITRIPTILINA 25MG

EL PACIENTE REFIRIO QUE DURMIO MEJOR.
MANIFESTO QUE EL DOLO RES MENOS INTENSO.
EXPRESO APREHENSION DEBIDO A QUE LE TOMARAN LA RMN DE COLUMNA HOY PARA DEFINIR SI TIENEN QUE OPERARLO.
COLABORA CON SU TRATAMIENTO.
RECIBE LOS MEDICAMENTOS Y LOS ALIMENTOS.

AL EXAMEN MENTAL SE OBSERVA TRANQUILO, EL AFECTO E SBIEN MODULADO, EL DISCURSO ES COHERENTE, RELEVANTE, SIN DELIRIOS, NEGO IDEAS SUICIDAS, SIN ALUCINACIONES, ORIENTADO.

A/P: MEJORIA AFECTIVA Y DEL PATRON DE SUEÑO. DEBE CONTINUAR CON EL MISMO TRATAMIENTO. PSICOEDUCACION.
CIERRO INTERCONSULTA.
QUEDAMOS ATENTOS A CUALQUIER REQUERIMIENTO.

Firmado electrónicamente por **HAROLD COLINO ARIAS** -- PSIQUIATRIA
Tarjeta Profesional: 760638/05 Identificación CC 94495325

Notas de Evolución

08 marzo 2017 19:11 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.3
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
DOLOR RADICULAR L5 DERECHO, MEJORIA PARCIAL CON INICIO DE LIDOCAINA TRANSDERMICA
BUEN ESTADO GRAL CONCIENTE ALERTA ACTIVO ORIENTADO
FUERZA L2L3L4L5S1 BILAT 5/5 SENSBILIDAD DISESTESIA DERMATOMA L5 DERECHO
LASSEGUE DER + BRAGARD DER NEGATIVO ROT PATELAR Y AQUILIANO ++/+++
NO SIGNOS DE INFECCION LOCAL EN HERIDA QX
ESTABLE HEMODINAMICAMENTE CONCIENTE ALERTA ACTIVO ORIENTADO
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo
PTE MAÑANA RESONANCIA CON CONTRASTE BAJO SEDACION (POR CLAUSTROFOBIA) HOY TENIA EL PROCEDIMIENTO PROGRAMADO PERO EL PACTE CONSUMIO DIETA EN LA TARDE POR LO CUAL TUVO QUE REPROGRAMARSE
MAÑANA EMG DE MSIS

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

08 marzo 2017 19:16 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.3
Diagnósticos:

(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
DOLOR RADICULAR DERECHO MIOTOMA L5 DERECHO INTENSO REFRACTARIO A MANEJO MEDICO MULTIMODAL E INTERVENCIONISTA
BUEN ESTADO GRAL CONCIENTE ALERTA ACTIVO ORIENTADO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE FUERZA L2L3L4S1 BILAT 5/5 MIOTOMA L5 DERECHO 3-/ 5 SENSBILIDAD DISESTESIA DERMATOMA L5 DERECHO
LASSEGUE DER + BRAGARD DER NEGATIVO ROT PATELAR Y AQUILIANO ++/+++
NO SIGNOS DE INFECCION LOCAL EN HERIDA QX
RM CON CONTRASTE ESTENOSIS FORAMINAL RESIDUAL ASOCIADO A IMAGEN DE HIPERINTENSIDAD SUGESTIVA DE SEROMA
NO MAL POSICION DE TORNILLOS , ADECUADO PASO A TRAVES DE PEDICULOS
EMG RADICULOPATIA L5 DERECHA AGUDA
CONSIDERO MANEJO QUIRURGICO DE REVISION FORAMINOTOMIA DESCOMPRESIVA L5S1 PARA DECOMPRESION DE RAICES NERVIOSAS SALIENTES Y REVISION DE ESTAS, EVALUADO EN JUNTA DR CASAS
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

09 marzo 2017 09:18 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.4

Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA

reformulación

Firmado electrónicamente por **VANESSA TOVAR LLANOS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76-4316 Identificación CC 1113644676

09 marzo 2017 10:13 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.4
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
PACIENTE DE 51A CON DX DE RADICULOPATIA L5-S1 DERECHA PROGRAMADO PARA DECOMPRESION X FORAMINOTOMIA L5-S1.ANTECEDENTES DE ALERGIA A DIPIRONA.DIABETES,HTA.RECIBE MANEJO MULTRIMODAL PARA DOLOR CON MORFINA 4MGRS C/4 HRS.ACETAMINOFEN 1 GR C/6HRS.RECIBE ENOXAPARINA 12M C/24 HRS.SE ORDENARAN PARACLINICOS.

Firmado electrónicamente por **LUIS MIGUEL VELASQUEZ MALVEHY** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: 10662 Identificación CC 16447389

09 marzo 2017 19:44 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.4

Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA. PACIENTE CON MEJOR CONTROL DEL DOLOR, PERO AUN PERSITE, LE A AYUDADO MUCHO EL VERSATIS
PENDIENTE CIRUGIA MAÑANA EN LA TARDE
IGUAL MENEJO
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

10 marzo 2017 09:27 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.5

Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA

Reporte de paraclinicos
10/03: Hemograma leu 7.400, neu 4.260, linf 2300, hb 14.7, pla 243.000
INR 1.04, PT 10.5, ptt 39

Hemograma sin leucocitosis, sin anemia, tiempos normales

Firmado electrónicamente por **VANESSA TOVAR LLANOS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76-4316 Identificación CC 1113644676

10 marzo 2017 21:14 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.5

Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES
POP DESCOMPRESION REFUSION FORAMINOTOMIA ABIERTA L5S1
OPTIMA EVOLUCION CLINICA POP
PACTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE NO SIGNOS DE ALARMA NEUROLOGICOS
FC70 FR18XMIN TA130/70
CONCIENTE ALERTA ACTIVO ORIENTADO
NO SANGRADO ACTIVO
EX NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR EN EXTREMIDADES
OPTIMA EVOLUCION POP INICIAL
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

11 marzo 2017 10:32 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.6
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES

Me informa que el paciente tiene Glucometria en 271mg/dl
Paciente asintomatico
alerta, hidratado, afebril, no disnea
cardio pulmonar normal

manejado con metformina y glibenclamida
se plantea al paciente manejo con insulinoterapia que seria lo ideal
paciente no quiere en el momento, se le informa que se observara y en caso de aumentar se manejaría con insulinoterapia.

Firmado electrónicamente por **LEONARDO ATEHORTUA ROJAS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 765176-11 Identificación CC 1130606340

11 marzo 2017 18:23 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.6
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES

PACIENTE CON GLUCOMETRIA EN 198MG/DL
MEJORIA
SE CONTINUA OBSERVACION

Firmado electrónicamente por **LEONARDO ATEHORTUA ROJAS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 765176-11 Identificación CC 1130606340

11 marzo 2017 21:17 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.6
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES
POP REVISION FUSION DESCOMPRESION MEDULAR Y RADICULAR L5S1
MEJORIA NOTORIA DE DOLOR RADICULAR OPTIMA EVOLUCION POP EVA 2/10
BUEN ESTADO GRAL CONCIENTE ALERTA ACTIVO ORIENTADO HERIDA QX SANA SIN SIGNOS LOCALES DE SANGRADO O INFECCION
AMAS DE CADERA SIN DOLOR FLEXION DE TRONCO GRADO II LASSEGUE DER NEGATIVO BRAGARD DER NEGATIVO ROT PATELAR Y AQUILIANO BILAT ++/+++ FUERZA L2L3L3L4L5S1 BILAT 5/5 SENSBILIDAD CONSERVADA

CONSIDERO ADECUADA RTA CLINICA A REVISION DE DESCOMPRESION Y AMPLIACION DE FORAMINOTOMIA Y RESECCION DE TEJIDO FIBROSO SUGIERO INICIO DE TERAPIA FISICA MAÑANA Y DISMINUCION DE NECESIDAD DE

TITULACION ANALGESICA EXPLICO A PACTE
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

12 marzo 2017 12:16 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.7
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES
POP DIA 2 DESCOMPRESION REFUSION REVISION FORAMINOTOMIA AMPLIACION RESECCION FIBROSIS LAMINECTOMIA COLUMNA LUMBOSACRA
MEJORIA DE DOLOR RADICULAR EN UN 90%
DISESTESIA DERMATOMA L5 DERECHO LEVE
HERIDA QX CON LEVE SANGRADO
BUEN ESTADO GRAL CONCIENTE ALERTA ACTIVO ORIENTADO EX NEUROLOGICO LASSEGUE NEGATIVO BRAGARD NEGATIVO ROT ++/+++ FUERZA L2L3L4L5S1 BILAT 5/5 ROT PATELAR Y AQUILIANO BILATERAL ++/+++ NO SIGNOS DE ALARMA NEUROLOGICOS
CONSIDERO OPTIMA EVOLUCION HOY INICIO DEAMBULACION CON ACEPTABLE TOLERANCIA DISMINUYO NECESIDAD ANALGESICA PARA EVALUAR RTA CLINICA Y CONSIDERAR MANEJO AMBULATORIO CON ANALGESIA MULTIMODAL
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

12 marzo 2017 12:17 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.7
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES
SUSPENDER MORFINA
SOLO DEJAR OXICODONA DE RESCATE
RESTO ESQUEMA IGUAL
REALLIZAR CURACION DE HERIDA QX
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

12 marzo 2017 19:08 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.7
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES

enfermería me infoma sobre glucometria del paciente, 249

Examino el paciente se encuentra estable, alerta, asintomatico

Sugiero aplicar esquema móvil de cristalina 4 unidades, informo al paciente y acepta el manejo.

Firmado electrónicamente por **ANDRES KORGI HENAO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: - Identificación CC 1151939311

13 marzo 2017 10:09 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.8

Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES

Reformulacion

Firmado electrónicamente por **CRISTIAN MAURICIO QUESADA CORREA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1143359366 Identificación CC 1143359366

13 marzo 2017 13:53 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.8
Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES
refiere aumento de dolor con deambulación en pierna derecha de caract neuropaticas
BUEN ESTADO GRAL CONCIENTE ALERTA ACTIVO ORIENTADO LASSEGUE DERE NEGATIVO BRAGARD DER NEGATIVO ROT ++/+++ FUERZA L2L3L4L5S1 BILAT 5/5 SENSBILIDAD DISESTESIA DERMATOMA L5 DERECHO
PLAN
INICIO TAPENTADOL TABLETA X 5OMG UNA CADA SEIS HORAS
SUSPENDER OXICODONA
AUMENTO DE PREGABALINA 150MG CADA 12 HORAS
TERAPIA FISICA
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

13 marzo 2017 21:16 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.8

Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES

Firmado electrónicamente por **VANESSA TOVAR LLANOS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76-4316 Identificación CC 1113644676

14 marzo 2017 10:34 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.9

Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES

Reformulacion

Firmado electrónicamente por **CRISTIAN MAURICIO QUESADA CORREA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1143359366 Identificación CC 1143359366

14 marzo 2017 14:23 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.9
HOSPITAL SIN DOLOR

Pte que conocido, refiere que posterior a Cx de descompresion refusion revision de foraminotomia y ampliacion de resección de fibrosis - laminectomia columna lumbosacra. Pte refiere que el dolor a nivel de sitio qco es mínimo y no limitante, pero lo que más presenta es sensación de ardor y "corrientazo" a nivel cara lateral de MID, con alodinia.
Se le había colocado infusión de Oxycodona con mejoría parcial, ayer se intenta rotar a tapentadol pero este medicamento no está en la institución por lo que se reinicia la infusión de Oxyrapid.

Al EF alerta, orientado, hidratado.
Presneta hipoestesia y parestesia en toda la cara lateral de MID, con alodinia ?. No hay déficit motor, FM 5/5, no signos de radiculopatía.

Pte con dolor de características neuropáticas, no indicado el uso de opioides fuertes, se rota oxycodona IV a oral con el objetivo de ir desmontando progresivamente, adiciono CBZ al manejo.
Sin otros cambios en el manejo.

Dr. Rubén Dario Serrano V.

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **RUBEN SERRANO VILLABONA GRUPO HOSPITAL SIN DOLOR** -- DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

14 marzo 2017 19:17 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.9

Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES
DOLOR DERMATOMA L5 DERECHO TIPO DISESTESIA ASOCIADO A DEAMBULACION
POBRE ADHESION A MANEJO FARMACOLOGICO
DEAMBULACION ASISTIDA SIN DEFICIT
HERIDA QX SANA SIN SIGNOS LOCALES DE INFECCION
NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
ROT PATELAR Y AQUILIANO ++/+++ FUERZA L2L3L4L5S1 BILAT 5/5 SENSBILIDAD DISESTESIA DERMATOMA L5 DERECHO
PLAN MANEJO CON NUEVA TITULACION ANALGESICA DESDE HOY, INICIO HACE 4 HORAS, EVALUAREMOS RTA CLINICA PARA DEFINIR MANEJO POSIBLE AMBULATORIO SI ESQUEMA FUNCIONA, SI NO SE DETERMINARA NUEVO ESQUEMA EXPLICO A PACTE
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

15 marzo 2017 10:02 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.10

Diagnósticos:
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES

Reformulacion

Firmado electrónicamente por **CRISTIAN MAURICIO QUESADA CORREA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1143359366 Identificación CC 1143359366

15 marzo 2017 13:22 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.10
Diagnósticos:
POP DESCOMPRESION ARTRODESIS DESCOMPRESION REVISION REFUSION DE INSTRUMENTACION LUMBOSACRA
MEJORIA DE DOLOR RADICULAR CON OPTIMA RTA CLINICA A MANEJO MEDICO MULTIMODAL
BUEN ESTADO GRAL CONCIENTE ALERTA ACTIVO ORIENTADO EX NEUROLOGICO FUERZA L2L3L4L5S1 BILAT 5/5 SENSBILIDAD DISESTESIA DERMATOMA L5 DERECHO
LASSEGUE NEGATIVO BRAGARD NEGATIVO
HERIDA QX SANA SIN SIGNOS LOCALES DE INFECCION LOCAL
PLAN CONSIDERO ALTA CON INDICACIONES Y CONTROL POP EN UNA SEMANA
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
(M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

Nota de Egreso

15 marzo 2017 13:24 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

PACIENTE DE 51 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE DM TIPO 2 E HTA, EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE CANAL RAQUÍDEO + OSTEOTOMÍA VERTEBRAL VIA ANTERIOR Y POSTERIOR Y ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBOSACRA QUE EN SU POP DESDE QUE SALIO DE CX A PRESENTADO UN DOLOR EN TODO EL MIEMBRO INFERIOR DERECHO POR LO QUE HA REQUERIDO MANEJO CON PREGABALINA PARA EL DOLOR ARCOXIA, PALEXIS, SIN EMBARGO A CONTINUADO CON EL DOLOR , POSTERIOR BLOQUEO FORAMINAL A REALIZAR POR NEURORADIOLOGIA (DR WILLIAM ESCOBAR) PERSISTE CON DOLOR POR LO CUAL COMENTE CON MEDICO TRATANTE QUIEN ORDENA ACUDIR POR URGENCIAS.
NO FIEBRE , ORINA NORMAL

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

Ordenes de Examenes

06 marzo 2017 17:18 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

∗ (Hora: 17:18) 883230C RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE (SEGMENTO COMPLEMENTO) Ubicación **No Aplica**
Observaciones lumbo-sacro
contrate
con anaestesiologo

Firmado electrónicamente por **HEBERTH CAMILO GOMEZ PEREA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1144053170 Identificación CC 1144053170

06 marzo 2017 21:28 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

∗ (Hora: 21:28) 890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (PSIQUIATRIA DE ENLACE) Ubicación **No Aplica**
Observaciones INSOMNIO ASOCIADO
DOLOR INTENSO REFRACTARIO

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

06 marzo 2017 21:33 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

∗ (Hora: 21:33) 890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO) Ubicación **No Aplica**
Observaciones ESQUEMA ANALGESICO Y TITULACION MULTIMODAL DE DOLOR NEUROPATICO

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

07 marzo 2017 09:46 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

∗ (Hora: 09:46) 891502 REFLEJO NEUROLOGICO PALPEBRAL (ONDAS F O H) Ubicación **No Aplica**

∗ (Hora: 09:46) 891508 NEUROCONDUCCION POR CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS NERVIOS) Ubicación **No Aplica**

∗ (Hora: 09:47) 930860 ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS) Ubicación **No Aplica**

Firmado electrónicamente por **ELIZABETH MILENA ARCINIEGAS BASTIDAS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 70264/2011 Identificación CC 1085250474

07 marzo 2017 14:24 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

∗ (Hora: 14:24) 890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (PSIQUIATRIA) Ubicación **No Aplica**

Firmado electrónicamente por **HAROLD COLINO ARIAS** -- PSIQUIATRIA
Tarjeta Profesional: 760638/05 Identificación CC 94495325

08 marzo 2017 08:55 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

∗ (Hora: 08:55) 883230 RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE Ubicación **No Aplica**
Observaciones LUMBO SACRA
CON ANESTESIOLOG
CONTRASTADA

Firmado electrónicamente por **VANESSA TOVAR LLANOS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76-4316 Identificación CC 1113644676

08 marzo 2017 14:10 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

∗ (Hora: 14:10) 890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (PSIQUIATRIA) Ubicación **No Aplica**

Firmado electrónicamente por **HAROLD COLINO ARIAS** -- PSIQUIATRIA
Tarjeta Profesional: 760638/05 Identificación CC 94495325

09 marzo 2017 10:14 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

∗ (Hora: 10:14) 902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 10:14) 902045 TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 10:15) 902049 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP] Ubicación **No Aplica**

Firmado electrónicamente por **LUIS MIGUEL VELASQUEZ MALVEHY** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: 10662 Identificación CC 16447389

14 marzo 2017 14:37 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* (Hora: 14:37) 890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO) Ubicación **No Aplica**

Firmado electrónicamente por **RUBEN SERRANO VILLABONA GRUPO HOSPITAL SIN DOLOR** -- DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Ordenes de Medicamentos

06 marzo 2017 17:40 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 2 mg
  Observaciones: 2 mg i.v cada 6 horas y dejar de rescate 1 mg en caso de dolor no modulado interdosis (maximo 2 rescates)

* CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB 1323 **Dosificación**: 100
  Observaciones: DEJAR A 100 CC HORA

* CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL **Dosificación**: 40 mg
  Observaciones: Aplicar 40mg sc cada 24 horas

* NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 40 mg
  Observaciones: 40 mg i.v en ayunas

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 75 mg
  Observaciones: v.o CADA 12 HORAS

* ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA **Dosificación**: 1 gr
  Observaciones: 1 gr v.o cada 8 horas

Firmado electrónicamente por **HEBERTH CAMILO GOMEZ PEREA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1144053170 Identificación CC 1144053170

07 marzo 2017 00:15 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* ALPRazolam 0,25 mg TABLETA **Dosificación**: 1 tab
  Observaciones: vo dosis unica ahora

Firmado electrónicamente por **VANESSA TOVAR LLANOS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76-4316 Identificación CC 1113644676

07 marzo 2017 12:39 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA **Dosificación**: 1 gr
  Observaciones: 1 gr v.o cada 8 horas

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 75 mg
  Observaciones: v.o CADA 12 HORAS

* NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 40 mg
  Observaciones: 40 mg i.v en ayunas

* CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL **Dosificación**: 40 mg
  Observaciones: Aplicar 40mg sc cada 24 horas

* MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 2 mg
  Observaciones: 2 mg i.v cada 6 horas y dejar de rescate 1 mg en caso de dolor no modulado interdosis (maximo 2 rescates)

Firmado electrónicamente por **ELIZABETH MILENA ARCINIEGAS BASTIDAS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 70264/2011 Identificación CC 1085250474

07 marzo 2017 14:31 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* ALPRazolam 0,25 mg TABLETA **Dosificación**: 0.5MG/ DIA
  Observaciones: 1/2 TABLETA 8AM Y 2PM. DAR 1 TABLETA ADICIONAL EN CASO DE INSOMNIO.

Firmado electrónicamente por **HAROLD COLINO ARIAS** -- PSIQUIATRIA
Tarjeta Profesional: 760638/05 Identificación CC 94495325

07 marzo 2017 14:54 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA **Dosificación**: 1 tab
Observaciones: VO cada noche

* VERSATIS 5% (700 mg) PARCHE TRANSDERMICO CAJA x 5 **Dosificación**: 2 parches
Observaciones: Distribuidos en cara lateral de pierna derecha, cambio cada día.

* MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 4 mg
Observaciones: IV cada 6 horas. Dosis de rescate de 2 mg en caso de dolor no controlado.

Firmado electrónicamente por **RUBEN SERRANO VILLABONA GRUPO HOSPITAL SIN DOLOR** -- DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

08 marzo 2017 10:09 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA **Dosificación**: 1 gr
Observaciones: 1 gr v.o cada 8 horas

* ALPRazolam 0,25 mg TABLETA **Dosificación**: 0.25MG/ DIA
Observaciones: 1/2 TABLETA 8AM Y 2PM. DAR 1 TABLETA ADICIONAL EN CASO DE INSOMNIO.

* AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA **Dosificación**: 1 tab
Observaciones: VO cada noche

* CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL **Dosificación**: 40 mg
Observaciones: Aplicar 40mg sc cada 24 horas

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 75 mg
Observaciones: v.o CADA 12 HORAS

* MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 4 mg
Observaciones: IV cada 6 horas. Dosis de rescate de 2 mg en caso de dolor no controlado.

* NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 40 mg
Observaciones: 40 mg i.v en ayunas

* VERSATIS 5% (700 mg) PARCHE TRANSDERMICO CAJA x 5 **Dosificación**: 2 parches
Observaciones: Distribuidos en cara lateral de pierna derecha, cambio cada día.

Firmado electrónicamente por **VANESSA TOVAR LLANOS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76-4316 Identificación CC 1113644676

09 marzo 2017 09:19 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA **Dosificación**: 1 gr
Observaciones: 1 gr v.o cada 8 horas (reformulacion)

* ALPRazolam 0,25 mg TABLETA **Dosificación**: 0.25MG/ DIA
Observaciones: 1/2 TABLETA 8AM Y 2PM. DAR 1 TABLETA ADICIONAL EN CASO DE INSOMNIO. (reformulacion)

* AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA **Dosificación**: 1 tab
Observaciones: VO cada noche (reformulacion)

* CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL **Dosificación**: 40 mg
Observaciones: Aplicar 40mg sc cada 24 horas (reformulacion) suspender 12 hras antes de cirugia

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 75 mg
Observaciones: v.o CADA 12 HORAS (reformulacion)

* MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 4 mg
Observaciones: IV cada 6 horas. Dosis de rescate de 2 mg en caso de dolor no controlado. (reformulacion)

* NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 40 mg
Observaciones: 40 mg i.v en ayunas (reformulacion)

* VERSATIS 5% (700 mg) PARCHE TRANSDERMICO CAJA x 5 **Dosificación**: 2 parches
Observaciones: Distribuidos en cara lateral de pierna derecha, cambio cada día. (reformulacion)

Firmado electrónicamente por **VANESSA TOVAR LLANOS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76-4316 Identificación CC 1113644676

10 marzo 2017 09:28 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA **Dosificación**: 1 gr
Observaciones: 1 gr v.o cada 8 horas (reformulacion)

* ALPRazolam 0,25 mg TABLETA **Dosificación**: 0.25MG/ DIA
Observaciones: 1/2 TABLETA 8AM Y 2PM. DAR 1 TABLETA ADICIONAL EN CASO DE INSOMNIO. (reformulacion)

* AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA **Dosificación**: 1 tab
Observaciones: VO cada noche (reformulacion)

* CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL **Dosificación**: 40 mg
Observaciones: Aplicar 40mg sc cada 24 horas (reformulacion) suspender 12 hras antes de cirugia

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 75 mg
Observaciones: v.o CADA 12 HORAS (reformulacion)

* MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 4 mg
Observaciones: IV cada 6 horas. Dosis de rescate de 2 mg en caso de dolor no controlado. (reformulacion)

* NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 40 mg
Observaciones: 40 mg i.v en ayunas (reformulacion)

* VERSATIS 5% (700 mg) PARCHE TRANSDERMICO CAJA x 5 **Dosificación**: 2 parches
Observaciones: Distribuidos en cara lateral de pierna derecha, cambio cada día. (reformulacion)

Firmado electrónicamente por **VANESSA TOVAR LLANOS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76-4316 Identificación CC 1113644676

13 marzo 2017 10:13 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* DOLEX 500 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación**: 1GR
Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia:12PM Y C/8 HRS Dilución:

* AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA **Dosificación**: 25MGRS
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: 10PM C/24 HRS Dilución:

* NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 40MGRS
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 8AM C/24 HRS Dilución:

* DULCOLAX 5mg GRAGEA **Dosificación**: 5MGRS
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia:6AM-6PM HASTA EFECTO Dilución:

* XANAX 0,25 mg TABLETA **Dosificación**: 0.25MGRS
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: 12PM C/24 HRS Dilución:

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 75MGRS
Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia: 12PM-12M Dilución:

* VERSATIS 5% (700 mg) PARCHE TRANSDERMICO CAJA x 5 **Dosificación**: 2 parches
Observaciones: Distribuidos en cara lateral de pierna derecha, cambio cada día. (reformulacion)

Firmado electrónicamente por **CRISTIAN MAURICIO QUESADA CORREA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1143359366 Identificación CC 1143359366

13 marzo 2017 21:16 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 75 MG
Observaciones: VO DU PARA COMPLETAR DOSIS DE 150 MG AHORA

* LYRICA 150 mg CAPSULA **Dosificación**: 150 MG
Observaciones: VO CADA 12 HRS

* MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 4 mg
Observaciones: EV AHORA DOSIS UNICA (POR ORDEN DE MEDICO TRATANTE)

Firmado electrónicamente por **VANESSA TOVAR LLANOS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 76-4316 Identificación CC 1113644676

14 marzo 2017 10:36 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* LYRICA 150 mg CAPSULA **Dosificación**: 150 MG
Observaciones: VO CADA 12 HRS

* AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA **Dosificación**: 25MGRS
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: 10PM C/24 HRS Dilución:

* DULCOLAX 5mg GRAGEA **Dosificación**: 5MGRS

Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia:6AM-6PM HASTA EFECTO Dilución:

* DOLEX 500 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación**: 1GR
Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia:12PM Y C/8 HRS Dilución:

* NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 40MGRS
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 8AM C/24 HRS Dilución:

* XANAX 0,25 mg TABLETA **Dosificación**: 0.25MGRS
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: 12PM C/24 HRS Dilución:

* VERSATIS 5% (700 mg) PARCHE TRANSDERMICO CAJA x 5 **Dosificación**: 2 parches
Observaciones: Distribuidos en cara lateral de pierna derecha, cambio cada día. (reformulacion)

* oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 100MGRS
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 1MGR/HR+BOLOS DE 1MGR C/15MIN-TOPE DE 4 HRS DE 8MGRS Dilución:EN 90CC DE SSN0.9%

* CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL **Dosificación**: 40 mg
Observaciones: administrar 1 jeringa prellenada x 40 mg sc cada 24 horas

Firmado electrónicamente por **CRISTIAN MAURICIO QUESADA CORREA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1143359366 Identificación CC 1143359366

14 marzo 2017 14:23 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* oxyCONTIN ORF 10 mg TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA **Dosificación**: 1 tab
Observaciones: VO cada 12 horas

* carbaMAzepina 200 mg TABLETA **Dosificación**: 1 tab
Observaciones: VO cada 12 horas

Firmado electrónicamente por **RUBEN SERRANO VILLABONA GRUPO HOSPITAL SIN DOLOR** -- DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

15 marzo 2017 10:03 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* oxyCONTIN ORF 10 mg TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA **Dosificación**: 1 tab
Observaciones: VO cada 12 horas

* carbaMAzepina 200 mg TABLETA **Dosificación**: 1 tab
Observaciones: VO cada 12 horas

* DULCOLAX 5mg GRAGEA **Dosificación**: 5MGRS
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia:6AM-6PM HASTA EFECTO Dilución:

* DOLEX 500 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación**: 1GR
Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia:12PM Y C/8 HRS Dilución:

* AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA **Dosificación**: 25MGRS
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: 10PM C/24 HRS Dilución:

* NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 40MGRS
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 8AM C/24 HRS Dilución:

* LYRICA 150 mg CAPSULA **Dosificación**: 150 MG
Observaciones: VO CADA 12 HRS

* VERSATIS 5% (700 mg) PARCHE TRANSDERMICO CAJA x 5 **Dosificación**: 2 parches
Observaciones: Distribuidos en cara lateral de pierna derecha, cambio cada día. (reformulacion)

* CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL **Dosificación**: 40 mg
Observaciones: administrar 1 jeringa prellenada x 40 mg sc cada 24 horas

* ALPRazolam 0,25 mg TABLETA **Dosificación**: 0.25MG/ DIA
Observaciones: 1/2 TABLETA 8AM Y 2PM. DAR 1 TABLETA ADICIONAL EN CASO DE INSOMNIO. (reformulacion)

Firmado electrónicamente por **CRISTIAN MAURICIO QUESADA CORREA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1143359366 Identificación CC 1143359366

Ordenes Generales

06 marzo 2017 17:42 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Otras ordenes: glucoemtrias posprandiales

Firmado electrónicamente por **HEBERTH CAMILO GOMEZ PEREA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1144053170 Identificación CC 1144053170

07 marzo 2017 10:06 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Terapia física 1 al dia

Firmado electrónicamente por **LINA MARCELA GARCIA CANO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 763173-12 Identificación CC 1113618930

07 marzo 2017 18:26 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Otras ordenes: Lev dejar a 50 cc/hr

Firmado electrónicamente por **ELIZABETH MILENA ARCINIEGAS BASTIDAS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 70264/2011 Identificación CC 1085250474

Notas de Enfermeria

06 marzo 2017 17:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

17h Ingresa paciente al servicio de hospitalización proveniente de urgencias, llega en silla de ruedas en compañía de familiar y mensajero de turno, consiente y orientado en sus tres esferas, respirando al medio ambiente, apertura ocular espontanea, tono de piel palido, Glasgow 15/15, tiene venopuncion en MSD por donde pasa infusión de SSN 100cc/h por bomba Braun, no signos de flebitis, abdomen blando y depresible sin dolor a la palpación, moviliza sus 4 extremidades.
Se realiza control de signos vitales los cuales están dentro de parámetros normales, EVA 5/10, elimina espontaneo, no deposición, p/ programara para toma de Resonancia de Columna con anestesiólogo.

Firmado electrónicamente por **NATALIA MORENO SUAREZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144148911

06 marzo 2017 17:33 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

INGRESA PACIENTE EN CAMILLA Y EN COMPAÑIA DE FAMILIAR Y MENSAJERO, REFIERE TENER DOLOR EN LA ESPALDA, DESPIERTO, CONSCIENTE Y ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS MENTALES, CON DIFICULTAD PARA LA MOVILIZACION, RELAIZO PLAN DE ENFERMERIA PARA LA IDENTIFICACION DE RIESGOS, CON ANTECDENTES DE DIABETES E HIPERTENCION, QUEDA PACIENTE EN LA HABITACION ACOSTADO Y EN COMPAÑIA DE FAMILIAR

Firmado electrónicamente por **ANDRES MAURICIO MERCADO PEREZ** -- ENFERMERA (O) JEFE
Identificación CC 6499459

06 marzo 2017 18:21 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Paciente que pasa el resto de la tarde tranquilo en compañía de familiar, elimina espontaneo, no deposición, queda en habitación sin cambios notorios.

Firmado electrónicamente por **NATALIA MORENO SUAREZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144148911

06 marzo 2017 19:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

19/H Recibo paciente adulto,despierto,conciente orientado en tlp,se moviliza por sus propios medios en habitación ,sat 95% al medio ambiente ,pcte con venopuncion en en mano derecha pasando ssn 100cc /h por bomba de infusión, refiere leve dolor lumbar ,permanece acompañado por familiar.

Firmado electrónicamente por **LUZ CARIME CORREA RAMIREZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66842433

07 marzo 2017 05:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

LA FAMILIAR LE ADMINISTRA 1 TAB ENALAPRIL (CONCILIACION)

Firmado electrónicamente por **ANDERSON STEVEN LAGUNA GOMEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144064325

07 marzo 2017 06:25 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Paciente adulto que durante la noche duerme poco,refiere dolor,se administran dosis de morfina ordenadas y se deja hielo local ,refiere que el dolor cede un poco,hda qx a nivel lumbar cubierta con micropore donde se observa leve edema ,pasa afebril,la medico hospitalaria de turno ordena administrar alprazolam tab por insomnio,se cumple om,pcte continua con igual venopuncion,se moviliza al baño,elimina espontaneo no hace deposición,no presenta otros cambios ,queda pcte en habitación con acompañante.

Firmado electrónicamente por **LUZ CARIME CORREA RAMIREZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66842433

07 marzo 2017 10:24 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

209MG/DL

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

07 marzo 2017 12:44 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

MEDICAMENTO DE CONCILIACION METFORMINA X 850MG

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

07 marzo 2017 12:49 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

7:00am recibo paciente adulto masculino en cama con barandas en alto, despierto consciente y orientado en sus tres esferas mentales, en compañia del familiar, se observa tolerando oxigeno ambiente sin signos de dificultad, con acceso venoso en miembro superior derecho pasando plan de liquidos endovenosos ssn 500cc a 100cc/hr, con abdomen blando depresible mas herida cubierta con micropore, herida quirurgica en region lumbar cubierta con micropore limpio y seco, libre movilidad de sus cuatro extremidades.

durante la mañana se le controlan signos vitales presentando episodio hipertensivo, con EVA: 7/10, se le informa la medica asistencial de turno quien ordena administrar una dosis de rescate de 1mg de morfina, se brindan cuidados de higiene y confort, se realiza arreglo de unidad, recibe tratamiento farmacologico ordenado sin complicaciones, refiere mejoria leve despues de la administracion de la dosis de rescate, se moviliza por sus propios medios en habitacion, ingiere y tolera la via oral en poca cantidad, elimina espontaneo y realiza deposicion.

queda paciente en cama con barandas en alto en compañia de los familiares, sin cambios aparentes.

Firmado electrónicamente por **INGRID LORENA TAMAYO OROZCO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1059062773

07 marzo 2017 18:14 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

MEDICAMENTO DE CONCILIACION ENALAPRIL X 5MG

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

07 marzo 2017 18:49 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

paciente que durante la tarde se le controlan signos vitales, refiere EVA:10/10 es valorado por clínica del dolor quien ordena colocar parche de versatis y en miembro inferior derecho cubierto con vendaje elástico, continua presentando episodios hipertensivos y se le informa a la medica, por orden medica de la asistencial de turno se le baja a la infusión de los líquidos endovenosos a 50cc/hr, paciente refiere mejoría, deambula por el servicio en compañía del familiar, recibe y tolera la vía oral, recibe tratamiento farmacológico ordenado sin complicaciones, elimina espontaneo y no realiza deposición. se controla tensión arterial manual 130/90mmhg.

queda paciente en cama con barandas en alto, en compañía del familiar, no presenta cambios.

Firmado electrónicamente por **INGRID LORENA TAMAYO OROZCO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1059062773

07 marzo 2017 22:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

19:00 recibo paciente adulto masculino, acostado en cama con las cuatro barandas de seguridad elevadas, alerta, despierto consciente y orientado en sus tres esferas mentales, en compañia del familiar, respirando al medio ambiente sin signos de dificultad, con acceso venoso en miembro superior derecho con fecha del dia 06-03-2017 permeable sin signos de infeccion pasando SSN 0.9% A 100CC/H, con abdomen blando depresible mas herida cubierta con micropore, herida quirurgica en region lumbar cubierta con micropore limpio y seco, libre movilidad de sus cuatro extremidades, elimina espontaneo en pisingo.

21:00 se realiza toma de signos vitales, se encuentran estables, se registran en el sistema, eva 0/10.

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

08 marzo 2017 06:39 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

00:00 se pasa ronda se observa paciente estable, duerme a intervalos largos.

05:00 se realiza toma de signos vitales, se encuentran estables, se registran en el sistema, eva 0/10.

06:00 paciente que pasa el resto de la noche, estable, afebril, alerta, consiente, con vena permeable pasando su plan de lev ordenado, respirando al medio ambiente, duerme a intervalos largos, elimina espontaneo en baño, no realiza deposicion, se le administra su tratamiento medico completo sin ninguna complicacion o reaccion.

07:00 queda paciente en compañia de familiar, sin cambios notorios.

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

08 marzo 2017 08:46 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Se administra enalapril x 5mg via oral por conciliacion

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

08 marzo 2017 12:33 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

alas 07.00 am recibo paciente en cama con las 4 barandas elevadas en compañía de familiar, consiente y orientado en tiempo, lugar y persona, respirando oxigeno por cánula qapertura ocular espontanea respuesta verbal y motora presente, acceso venoso en miembro superior derecho pasando ssn a 50cc/h por bomba de infusion durante la mañana sele asiste alas medidas de higiene y confortf al igual tratamiento farmacologico ordenado paciente sin via oral el cual ira a procedimiento queda estable afebril en compañia del familiar no cambios elimina espontaneo no deposicion a las 12.20 es llevado en camilla en compañia de paramedicos y familiar ala toma de una electromiografia, sale estable afebril pendiente que regrecea piso pendiente procedimiento en resonancia

Firmado electrónicamente por **YOLIMA MARIA RODRIGUEZ MOSQUERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 25601533

08 marzo 2017 15:15 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Recibo pte en camilla proveniente del servicio de hospitalización, consciente y orientado, alergias conocidas, tranquilo comunicativo, en compañía de familiar, tiene documentación firmada para procedimiento RMN CLS CONTRASTADA, bajo sedación Dra. Pupo, se verifica permeabilidad de vena periférica catéter # 18 MSD, pte se monitoriza, se coloca O2 CN, anestesióloga administra medicamentos, asegura via aérea con guedel # 120; se administra contraste I.V . Procedimiento trascurre sin complicaciones pte sale somnoliento responde al llamado, se deja en sala de recuperación monitorizado y con O2 CN, se entrega a auxiliar de reucperacion.

Firmado electrónicamente por **ANAVEIBA OBANDO PUERTA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 67004582

08 marzo 2017 15:23 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

no se administra o,25mg de las 14:00 hrs paciente en resonanacia

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

08 marzo 2017 15:59 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

13 recibo paciente en habitación en cama con 4 barandas arriba, paciente consiente y ubicado en tiempo lugar y persona, respirando al ambiente tórax simétrico abdomen blando y depresible a la palpación, paciente con dos venopunciones en miembro superior derecho con tegader no flebitis, esta con sus cuatro extremidades presentes ambulatorio y eliminando espontaneo en baño.

15pm paciente en habitación en cama con 4 barandas arriba en compañía de familiar, se controlan signos vitales normales para su patología paciente que es trasladado en silla camilla a sala de escenografía en compañía de familiar y mensajero, se coloca bata gorro y polainas se entrega formato de chequeo y orden de procedimiento.

Firmado electrónicamente por **CRISTIN SUSANA IBARRA GONZALEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1059908926

08 marzo 2017 16:55 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

ingresa paciente a hospitalización 8 norte habitación 816 en camilla de sala d escanear en compañía de familiar y mensajero consiente en sus tres esferas, paciente sin presentar cambios. tolera la vía oral y dieta.

Firmado electrónicamente por **CRISTIN SUSANA IBARRA GONZALEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1059908926

08 marzo 2017 19:45 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

19 pm entrego paciente en habitacion en cama con barndas arriba, paciente qu epaso buen turno, toleor la via orla y la dieta, paciente en compañia de familiar, elimino espontaneo enbaño.

Firmado electrónicamente por **CRISTIN SUSANA IBARRA GONZALEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1059908926

08 marzo 2017 21:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

19:00 Recibo paciente en silla en compañía de familiar, despierto, consiente, orientado, en persona, tiempo y lugar, tolerando oxigeno ambiente, acceso venoso en miembro superior derecho pasando SSN a 50 cc/h por bomba de infusión, abdomen blando depresible, herida quirúrgica en región lumbar cubierta con micropore limpio y seco, se observa vendaje elástico en miembro inferior derecho, moviliza sus cuatro extremidades.

al inicio del turno de la noche se toman signos vitales que se registran en el sistema, a febril, refiere dolor se administra medicamento ordenado.

Firmado electrónicamente por **LORET PABON CASTRO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144152449

09 marzo 2017 06:48 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

durante la noche se observa tranquilo, a febril, refiere dolor se administra medicamento ordenado paciente que refiere que mejora por intervalos cortos, se prestan medidas de confort, duerme intervalos cortos, elimina espontaneo y no hace deposición.

entrego paciente en cama con barandas arriba en compañía de familiar, se toman signos vitales que se registran en el sistema.

Firmado electrónicamente por **LORET PABON CASTRO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144152449

09 marzo 2017 12:48 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

7am recibo paciente en habitación en cama con 4 barandas arriba, paciente consiente y ubicado en tiempo, lugar y persona, respirando al ambiente tórax simétrico abdomen blando y depresible a la palpación se observa miembro superior derecho con ssn al 0.95 a 50cc/h, paciente con ssu cuatro extremidades presentes ambulatorio y eliminando espontaneo en baño, esta sin compañía de familiar.

9am se controlan signos vitales normales para su patología esta en compañía de familiar se realiza abaño en ducha con medidas de bienestar y confort y con acompañamiento de auxiliar.

Firmado electrónicamente por **CRISTIN SUSANA IBARRA GONZALEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1059908926

09 marzo 2017 14:02 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

1pm entrego paciente en habitación en cama con 4 barandas arriba, paciente despierto en compañía de familiar paso buen turno a febril sin referir dolor, paciente que deambulo por el servicio.

Firmado electrónicamente por **CRISTIN SUSANA IBARRA GONZALEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1059908926

09 marzo 2017 14:25 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

SE ADMINISTRA MEDIA TABLETA DE ALPRAZOLAM X 0.25MG.

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

09 marzo 2017 18:40 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

13 a 19 horas paciente que se recibe en cama despierto a febril orientado en sus tres esferas en compañía de familiar , con acceso venoso en mano derecha recibe lev ssn a 50cc/h refiere dolor a nivel de cadera derecha que se irradia a la pierna del mismo lado , tiene parches de versatis en la pierna sostenidos con vendaje elastomul se controlan signos vitales ta 152/98 fc 78 t|36.5 fc78 saturando 97%fr18x' . paciente durante la tarde deambula x la unidad en compañía de familiar , recibe y tolera la v.o al igual que el tratamiento no presenta cambio especial elimina espontaneo en baño , hace deposicion.19:00 queda paciente en cama en buenas condiciones aparentes en compañía de familiar p/cirugía mañana a las 17 horas .

Firmado electrónicamente por **MARIA YANETH ANACONA BEDOYA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29740128

09 marzo 2017 22:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

19:00hrs recibo paciente en habitación en cama con 4 barandas arriba, en compañía de familiar, paciente consiente y orientado en tiempo, lugar y persona, respirando oxigeno al medio ambiente, tórax simétrico, respuesta verbal y motora presente, venopuncion en miembro superior derecho del día 6-3-17 con tapón heparinizado pasando lev ssn a 50cc/hr,abdomen blando y depresible a la palpación, se observa herida quirúrgica en región lumbar cubierta con fixomull limpio y seco y vendaje elástico en miembro inferior derecho donde tiene parches versátil,

20:00hrs se realizan medidas de confort toma y registro de signos vitales los cuales se encuentra paciente hipertenso se informa a medica hospitalaria paciente toma enalapril que le toca en el momento, paciente se observa tranquilo afebril, refiere dolor recibe analgésico que tiene ordenado y presenta mejoría, hemodinamicamente estable.

22:00hrs se da ronda se observa paciente tranquilo, dormido, que hasta el momento no presenta cambios negativos, se realiza sus cambios por sus propios medios ya que no presenta dificultad a la movilización en la cama.

Firmado electrónicamente por **LINA MARCELA VELEZ TORRES** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143970697

10 marzo 2017 07:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Recibo paciente en cama dormido calmado y consciente en tiempo lugar y persona, se observa hemodinamicamente estable sin familiar y con barandas arriba, se observa con LEV de SSN 0.9% a 50 cc/hr en MSD del 06/03/17 permeable sin signos de flebitis, se observa de buen estado general, respirando a temperatura ambiente, paciente que se moviliza por sus propios medios, elimina en baño, recibe via oral en buena cantidad y buena tolerancia, paciente que deambula, se observa de piel integra libre de ulceras por presión, permanece en su habitación sin cambios.

08:00 se realiza toma de signos vitales

08:30 se brindan medidas de higiene y confort al paciente

09:00 paciente se realiza baño en ducha por sus propios medios.

Durante la noche se realizan medidas de confort se dan rondas se observa paciente tranquilo, afebril, que se realiza sus cambio de posicion ya que no presenta dificultad para la movilizacion en la cama, duerme intervalos largos, no presenta nauseas ni emesis, no dolor, elimina espontaneo, no realiza deposicion, pasa durante el resto del turno tranquilo, recibe su tratamiento farmacologico ordenado sin complicacion 5:00hrs se realiza toma y registro de signos vitales los cuales se encuentra entre parametros normales.

7:00hrs queda paciente en cama con las 4 barandas elevadas en compañia de familiar consiente y orientado hemodinamicamente estable normotenso, acceso venoso permeable con tapon heparinizado pasando lev ordenados, no presenta cambios negativos durante el turno, continua con fixomull en región lumbar y vendaje en miembro inferior derecho con parches versatis

Firmado electrónicamente por **LINA MARCELA VELEZ TORRES** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143970697

10 marzo 2017 14:56 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

NO SE ADMINISTRA ALPRAZOLAM POR CIRUGIA PENDIENTE.

Firmado electrónicamente por **FABIOLA OLAYA CEDEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29114327

10 marzo 2017 16:32 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

NO SE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS , PACIENTE SE ENCUENTRNA EN CIRUGIA

Firmado electrónicamente por **FABIOLA OLAYA CEDEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29114327

10 marzo 2017 17:17 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

1pm recibo paciente en habitación en cama con 4 barandas arriba, paciente consiente y ubicada en tiempo, lugar y persona, respirando al ambiente tórax simétrico abdomen blando y depresible a l palpación, paciente con ven punción en miembro superior derecho con tapón hepanerizado, paciente sus cuatro extremidades presentes se moviliza con ayuda tiene heredad quirúrgica en región lumbar cubierta y limpia.
16pm paciente que es trasladado a cirugía en camilla con bata gorro y polainas, en compañía de familiar y mensajero. se canaliza venopuncion en miembro superior derecho con tegader y catéter 18 y pasando ssn la 0.9% en mantenimiento.

Firmado electrónicamente por **CRISTIN SUSANA IBARRA GONZALEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1059908926

10 marzo 2017 19:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

19:00 recibo paciente fuera de la unidad, se encuentra en sala de cirugía.

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

10 marzo 2017 20:03 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

7pm entrego paciente en cirugia

Firmado electrónicamente por **CRISTIN SUSANA IBARRA GONZALEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1059908926

10 marzo 2017 23:10 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

23:05 paciente regresa de sala de cirugía, en camilla, en compañía de familiar, recuperadora y mensajero, se ubica en cama, se toman signos vitales, TA: 143/87 T: 36.0° FC: 81 FR: 20 SAT: 92% EVA: 0/10, se encuentran estables, se registran en el sistema, se observa respirando al medio ambiente sin dificultad, con acceso venoso en en miembro superior derecho con fecha del dia 10-03-2017 permeable sin signos de infección pasando RINGER A 80CC/H, con analgesia endovenosa con oxirapid a 1cc/h por bomba pca, se observa herida quirúrgica en región lumbar cubierta con leucomed limpia y seca, con abdomen blando no doloroso a la palpación, moviliza sus extremidades, paciente que ya elimino espontaneo.

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

11 marzo 2017 06:48 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

00:00 se pasa ronda se observa paciente estable, duerme a intervalos largos.
05:00 se realiza toma de signos vitales, se encuentran estables, se registran en el sistema, eva 0/10.
06:00 paciente que pasa el resto de la noche, estable, afebril, alerta, consiente, con vena permeable pasando su plan de lev ordenado, continua con analgesia endovenosa, respirando al medio ambiente, duerme a intervalos largos, elimina espontaneo en pisingo, no realiza deposicion, se le administra su tratamiento medico completo sin ninguna complicacion o reaccion.
07:00 entrego paciente en habitacion, en compañia de familiar, sin cambios notorios.

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

11 marzo 2017 08:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Recibo paciente adulto en cama con barandas de seguridad elevadas en compañia de familiar , despierto , tranquilo, ubicada en t.l.p , con dos accesos venosos perifericos en ms derecho con t.h, permeable sin signos de flebitis, para administracion de plan de liquidos y medicamentos ordenados, tiene infuison de anlagesia endovenosa a 1cc/h, tolerando oxigeno a aire ambiente, herida posquirurgica a nivel de columna la cual se encuantra cubierta con gasa, y leukomet se observa con abundante material hematico, elimina espontaneo , se moviliza por sus propios medios,Se realiza control y registro de signos vitales, los cuales se encuentran en el momento,dentro de parámetros normales se registran en el sistemapor autorizacion del fisioteraputa se pone en pie y deambula dentro de su unidad , se baña por sus propios medios en ducha asistido por el personal de enfermeria, tiene su piel integra e hidratada se brindan medidas de higiene y confort, se brinda educacion a familiar sobre riesgos de caida y medidas de prevención.

Firmado electrónicamente por **LEIDY JOHANNA GONZALEZ SANABRIA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112298029

11 marzo 2017 10:16 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Se administra GLIBENCLAMIDA 5mg, ENALAPRIL 5mg (CONCILIACION)

Firmado electrónicamente por **NATALIA MORENO SUAREZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144148911

11 marzo 2017 12:32 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Se administra METFORMINA 850mg (CONCILIACION)

Firmado electrónicamente por **NATALIA MORENO SUAREZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144148911

11 marzo 2017 18:24 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

se administra enalapril 5mg por conciliación

Firmado electrónicamente por **JENYFFER ALEJANDRA LOBATON VILLAMIL** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143950170

11 marzo 2017 18:50 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

paciente que pasa durante el dia hemodinamicamente estable, recibe y tolera via oral sin complicacion, se administro tto farmacologico el cual tolera adecuadamente, se brindaron medidas de higiene y confort, jefe de turno realizo curación la cual queda cubierta seca y limpia , presento una glucometria de 198mg/dl se informa al jefe de turno, realiza terapia con fisioterapeuta deambula sin complicacion, eliminando espontaneo, realizo una deposicion, queda en cama con barandas elevadas en compañia de familiar.

Firmado electrónicamente por **LEIDY JOHANNA GONZALEZ SANABRIA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112298029

12 marzo 2017 12:56 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

07:00 recibo paciente adulto masculino, acostado en cama con las cuatro barandas de seguridad elevadas, alerta, despierto consciente y orientado en sus tres esferas mentales, en compañia del familiar, respirando al medio ambiente sin signos de dificultad, con dos accesos venosos en miembro superior derecho uno con fecha del dia 10-03-2017 por el que pasa SSN 0.9% A 50CC/H, el segundo con fecha del dia 11-03-2017 permeable sin signos de infeccion por el que pasa OXIRAPID A 1CC/H POR PCA, con abdomen blando depresible mas herida cubierta con micropore, herida quirurgica en region lumbar cubierta con leucomen impregnado de material sanguinolento, libre movilidad de sus cuatro extremidades, elimina espontaneo en pisingo.
09:00 se realiza toma de signos vitales, se encuentran estables, se registran en el sistema, eva 0/10, realiza baño en ducha por sus propios medios, se cambian tendidos de cama.
12:00 paciente que pasa el resto de la mañana estable, afebril, aleta, consiente, con venas permeables pasando su plan ordenados, recibe y tolera su dieta, recibe terapia física deambula por pasillo en compañía de fisioterapia, elimina espontaneo en baño, no realiza deposición, jefe de turno realiza curación de la herida.
12:17 paciente es valorado por el dr fuertes quien indica suspender morfina, y dejar solo oxicodona de rescate y resto de tratamiento igual.

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

12 marzo 2017 13:12 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

PACIENTE A QUIEN SE LE REALIZA CURACIÓN DE HERIDA QUIRURGICA, SE OBSERVA EN ZONA LUMBAR EN LINEA MEDIA, DE APROXIMADAMENTE DE UNOS 15 CM DE LONGITUD, SIN SIGNOS DE DEHISCENCIA, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN, SE RELIZA CURACIÓN BAJO ESTRICTA TÉCNICA ESTERIL,SE DEJA CUBIERTO CON LEUKOMED.

Firmado electrónicamente por **ANGELICA MARIA LOPEZ VELEZ** -- ENFERMERA (O) JEFE
Identificación CC 1144053782

12 marzo 2017 15:56 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

15:56 la nota de las 15:55 hrs no pertenece a el paciente.

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

12 marzo 2017 16:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

15:55 paciente con orden de salida, se retira acceso venoso, se recibe inventario de habitación, con control de tv en buen estado, se diligencia encuesta de satisfacción, se llama a mensajero quien lleva a la paciente en silla de ruedas, en compañía de mensajero en buenas condiciones generales.

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

12 marzo 2017 18:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

ENALAPRIL X 5MG POR CONCILIACION, Y SE APLICA 4UNIDADES DE INSULINA CRISTALINA POR ORDEN MEDICA SEGUN GLUCOMETRIA QUEDA CON ESQUEMA.

Firmado electrónicamente por **DIANA FABIOLA MONTOYA MUÑOZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112470798

12 marzo 2017 19:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

15:00 se realiza toma de signos vitales, se encuentran estables, se registran en el sistema, eva 0/10.
18:00 paciente que pasa el resto de la tarde, estable, afebril, alerta, consiente, con vena permeable pasando su plan de lev ordenado, respirando al medio ambiente, tranquilo, elimina espontaneo en baño, realiza deposicion, se le administra su tratamiento medico completo sin ninguna complicacion o reaccion.
19:00 entrego paciente en habitacion, en compañia de familiar, sin cambios notorios.

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

12 marzo 2017 21:10 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

paciente no recibe amitriptilina con horario refiere que mejor se le de el alprazolam se informa a jefe de turno

Firmado electrónicamente por **LINA MARCELA VELEZ TORRES** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143970697

12 marzo 2017 22:27 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

19:00 HORAS Recibo paciente en sala de hospitalización en cama posicion semi fowler despierto consciente y orientado en sus tres esferas mentales en compañía del fliar al examen físico se observa hemodinamicamente estable respirando al ambiente escleras anictericas conjuntivas rosadas mucosas húmedas e hidratadas cuello móvil sin adenopatías torax expandible extremidad superior derecho con acceso venoso permeable pasando lev ssn a 50cc/hora por bomba de infusión demás extremidad móvil se observa en región lumbar hda qx cubierta impregnada de leve material hemático sin signos de infección abdomen blando depresible no doloroso a la palpación extremidades inferiores móviles deambula por sus propios medios asitido por sus familiares se toman signos vitales dentro de parámetros normales no presenta cambios por el momento queda en cama con manillas de identificación con barandas elevadas por seguridad del paciente y protocolo institucional

Firmado electrónicamente por **JENYFFER ALEJANDRA LOBATON VILLAMIL** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143950170

13 marzo 2017 07:38 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

05:00am tomo signos vitales, los cuales se observan dentro de los parametros normales.
Paciente transcurre la noche en iguales condiciones generales no tiene cambios desfavorabes hasta el momento, duerme a intervalos largos, le administran tratamiento farmacologico sin complicacion alguna.

Entrego paciente en cama en compañia de familiar, continua con acceso venoso recibiendo ssn 0.9% a 50cchora y por segundo acceso venoso pasando analgesia a 1cchora, elimina espontaneo en pato.

Firmado electrónicamente por **JENYFFER ALEJANDRA LOBATON VILLAMIL** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143950170

13 marzo 2017 12:20 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

metformina x 850mg medicamento de conciliacion

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

13 marzo 2017 14:34 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

a las 07.0 am Recibo paciente en cama consciente y orientado en sus tres esferas mentales sin familiar se observa hemodinamicamente estable respirando al ambiente escleras anictericas conjuntivas rosadas mucosas húmedas e hidratadas cuello móvil sin adenopatías torax expandible extremidad superior derecho con acceso venoso permeable pasando lev ssn a 50cc/hora por bomba de infusión demás extremidad móvil se observa en región lumbar hda qx cubierta impregnada de leve material hemático sin signos de infección abdomen blando depresible no doloroso a la palpación extremidades inferiores móviles deambula por sus propios medios asistido realiza medidas de higiene y confort se toman signos vitales dentro de parámetros normales no presenta cambios por el momento queda en cama estable afebril c no cambios

Firmado electrónicamente por **YOLIMA MARIA RODRIGUEZ MOSQUERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 25601533

13 marzo 2017 15:25 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

PACIENTE EN CAMA DESPIERTA CONCIENTE Y ORIENTADO SIN ACOMPAÑANTE, REALIZO CURACION DE HERIDA QUIRURGICA EN REGION LUMBAR LA CUAL SE OBSERVA CUBIERTA CON APOSITOS QUE SE RETIRAN, OBSERVO HERIDA DE MAS O MENOS 10 CM DE LONGITUD, NO HAY SECRECION NO SIGNOS DE INFECCION, REALIZO LIMPIEZA APLICANDO CLORHEXIDINA Y DEJO LIMPIO Y SECO CUBIERTO CON APOSITO LEUKOMED.

Firmado electrónicamente por **SAMIRA OROBIO JIMENEZ** -- ENFERMERA (O) JEFE
Identificación CC 67037515

13 marzo 2017 17:43 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

MEDICAMENTO DE CONCILIACION ENALAPRIL X 5MG

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

13 marzo 2017 19:53 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

13 Pm Recibo paciente en cama con barandas arriba, consciente orientado en tiempo, lugar y persona, respirando con oxigeno a medio ambiente, con acceso venoso en miembro miembro superior derecho pasando solucion salina a 50cc hora, eliminando espontaneo en pato, moviliza sus 4 extremidades.
se pasa ronda y se controlan signos vitales los cuales esta dentro de parámetros normales, no refiere dolor en el momento.
durante la tarde pasa tranquilo, de ambula en la habitacion, recibe y tolera adeucadamente su dieta, se le administra su tratamiento farmacologico segun orden medica sin complicaciones, eliminando espontaneo en baño., refiere dolor es comentado con el medico tratante quien ordena iniciarle nuevamente goteo de oxirapid .
19 pm queda paciente en cama, con barandas arriba, acceso venoso en miembro miembro superior derecho pasando solucion salina a 50cc hora, en compañia de su familiar.

Firmado electrónicamente por **CINTHYA LIZETH OSORIO BECERRA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144156372

13 marzo 2017 21:18 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

PACIENTE NO ACEPTA LA AMITRIPTILINA X 25M.

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

13 marzo 2017 22:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

19:00 Recibo paciente en cama con barandas arriba en compañía de familiar, despierto, consiente, orientado en tiempo, lugar y persona, tolerando oxígeno ambiente, dos acceso venoso en miembro superior izquierdo pasando por uno SSN a 50 cc/h por bomba de infusión y por el otro analgesia 1 cc/h por bombas zafiro, herida quirúrgica en espalda cubierta con leukomed impregnada de material sanguinolento, moviliza sus cuatro extremidades.
Al inicio del turno de la noche se toman signos vitales que se registran en el sistema, afebril, refiere dolor se informa a la jefe de turno y medico hospitalario quien valora.

Firmado electrónicamente por **LORET PABON CASTRO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144152449

14 marzo 2017 06:44 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Paciente que termina de pasar la noche tranquilo, a febril, duerme intervalos largos, se prestan medidas de confort, se administra tratamiento médico sin complicaciones, elimina espontaneo y no hace deposición.
Entrego paciente en cama con barandas arriba en compañía de familiar, se toman signos vitales que se registran en el sistema.

Firmado electrónicamente por **LORET PABON CASTRO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144152449

14 marzo 2017 07:36 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

se administra glibenclamida x 5mg, enalapril x 5mg, conciliación.

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

14 marzo 2017 09:30 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

PACIENTE TOMA MEDICAMENTO DE CONCILIACION 8:00HRS TICAGLEROL POR 90MG Y A LAS 9:30HRS ACICLOVIR

Firmado electrónicamente por **LINA MARCELA VELEZ TORRES** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143970697

14 marzo 2017 09:41 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

NOTA ANTERIORIO DE LAS 9:30 NO CORRESPONDE AL PACIENTE

Firmado electrónicamente por **LINA MARCELA VELEZ TORRES** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143970697

14 marzo 2017 12:20 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

7:00 RECIBO PACIENTE EN HOSPITALIZACION, EN CAMA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, OXIGENANDO AL AMBIENTE, TORAX SIMETRICO Y EXPANDIBLE, ACCESO VENOSO PERIFERICO PERMEABLE EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PASANDO LIQUIDOS ENDOVENOSOS A 50CC, ABDOMEN DEPRESIBLE A LA PALPACION, CON HERIDA QUIRURGICA EN AREA LUMBAR CUBIERTA LIMPIA CON LEVE IMPREGANCION DE SANGRE, ELIMINANDO ESPONTANEO, MOVILZANDO SUS EXTREMIDADES, CON MONITORIA BASICA CADA 6 HORAS.
9:00 PACIENTE TRANQUILO, ALGIDO, CON ANALGESIA POR BOLOS, PACIENTE REFIERE QUE NO MEJORA, SE LE INFORMA AL MEDICO PARA QUE LE DE MANEJO, SE ASISTE BAÑO EN DUCHA, SE BRINDA CUIDADOS DE CONFORT, RECIBE ASISTENCIA MEDICA.
12:00 JEFE DE ENFERMERIA REALIZA CURACION DE HERIDA QUIRURGICA, PROCEDIMIENTO REALIZADO CON TECNICA ASEPTICA, SE REFUERZA HERIDA CON FIXOMULL.

Firmado electrónicamente por **LUISA FERNANDA PEÑA CARO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31576761

14 marzo 2017 15:28 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

14:00 PAICENTE TRANQUILO, EN COMPAÑIA DE FMAILAIR, SE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS ORDENADOS POR EL MEDICO, RECIBE Y TOLERA VIA ORAL, SE BRINDA CUIDADOS DE CONFORT, RECIBE ASISTENCIA MEDICA.
16:00 PAICNETE MOVILIZANDOSE EN LA HABITACION, SIN CAMBIOS EN EL MOMENTO, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.

Firmado electrónicamente por **LUISA FERNANDA PEÑA CARO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31576761

14 marzo 2017 18:58 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

19:00QUEDA PACIENTE EN LA HABITACION, TRANQUILO EN COMPAÑIA DE FAMILAIR, ELIMINANDO ESPONTANEO EN POCA CANTIDAD PACIENTE RENAL, NO REALIZO DEPOSICION, CONTINUA CON IGUAL MANEJO MEDICO.

Firmado electrónicamente por **LUISA FERNANDA PEÑA CARO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31576761

14 marzo 2017 21:14 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

PACIENTE EN EL MOMENTO NO RECIBE AMITRIPTILINA X 25MG SE INFORMA AL JEFE DE TURNO

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

14 marzo 2017 23:05 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

19:00/horas Recibo paciente en cama, con barandas arriba, en compañía del familiar, consiente orientado en tiempo, lugar y persona, mucosas húmedas, respirando oxígeno al medio ambiente sin complicación, acceso venoso en miembro superior izquierdo permeable, vigente sin signos visibles de flebitis por el cual recibe plan de líquidos endovenosos ssn a 50cc/hora y medicamentos endovenosos ordenado por bomba de infusión, se observa catéter epidural pasando analgesia, le administran tratamiento farmacológico ordenado, elimina espontaneo en pisingow, se le explica que debe mantener la cama , siempre en el nivel mas bajo, barandas siempre arriba.

Firmado electrónicamente por **FABIOLA OLAYA CEDEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29114327

15 marzo 2017 07:52 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

paciente duerme a intervalos largos, se administra tratamiento farmacológico ordenado, no refiere dolor, permanece estable.
07:00/horas entrego paciente en cama, con barandas arriba en compañía del familiar.

Firmado electrónicamente por **FABIOLA OLAYA CEDEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29114327

15 marzo 2017 12:31 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

REVISO APOSITOS DE HERIDA LOS CUALES SE ENCUENTRAN IMPTREGANADO DE MATERIAL SEROHEMATICO, LOS RETIRO Y ENCUENTRO HERIDA QX A NIVEL LUMBAR DE APROX 18 CM DE DIAMETRO, SUTURADA, OBSERVO A LAS 12 SEGUN LAS MANECILLAS DEL RELOJ BORDES CON MEMBRANAS, BORDES CON LEVE ERITEMA, A LA DIGITOPRESION NO HAY SALIDA DE NINGUN MATERIAL, PROCEDO A REALZIAR CURACION CON CLORHEXIDINA SOLUCION Y DEJO CUBIERTO CON GASA+ APOSITO LEUKOMED. EDUCO SOBRE SIGNOS DE ALARMA Y CUIDADOS EN CASA.

Firmado electrónicamente por **JOSE ALEXANDER RAMOS** -- ENFERMERA (O) JEFE
Identificación CC 14622136

15 marzo 2017 13:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

7:00 Recibo paciente en cama con barandas arriba en compañía de familiar, despierto, consiente, orientado en tiempo, lugar y persona, tolerando oxígeno ambiente, dos acceso venoso en miembro superior izquierdo pasando por uno SSN a 50 cc/h por bomba de infusión y por el otro TH , herida quirúrgica en espalda cubierta con leukomed impregnada de material sanguinolento, moviliza sus cuatro extremidades.
durante la mañana se asiste en baño en ducha, se prestan medidas de confort, se administra tratamiento medico, sin complicaciones, jefe de turno realiza curación de herida quirúrgica, recibe y tolera la vía oral, por orden medica se inician tramites de salida, elimina espontaneo y no hace deposición.

Firmado electrónicamente por **LORET PABON CASTRO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144152449

15 marzo 2017 14:01 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

PACIENTE TOMA METFORMINA DE CONCILIACION OR 850MG

Firmado electrónicamente por **LINA MARCELA VELEZ TORRES** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143970697

Nota Fisioterapuetas

07 marzo 2017 18:06 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

TERAPIA FISICA · 1

PACIENTE DE 51 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA CON DX ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
DOLOR INTENSO RADICULAR EN CARA ANTEROLATERAL DORSO DE PIE Y HALLUX DERECHO
POP DE 19 DIAS DE CORRECCION DE ESPONDILOLISTESIS ESPONDILOLISIS L5 BILATERAL
PACIENTE HEMODINAMICAMNETE ESTABLE ACTIVO ORIENTADO SIN DEFICIT MOTOR LASSEGUE DER + BRAGARD DER + FUERZA L2L3L4L5S1 BILAT 4+/5 SENSIBILIDAD DISESTESIA DERMATOMA L5S1 DERECHO
ADECUADO CONTROL DE ESFINTERES.

OBJETIVO : AYUDAR A LA DISMINUCION DE DOLOR
MANTNER FUNCIONALIDAD
EVITAR DETERIORO OSTEOMUSCULAR

SE REALIZA : MASAJE SUAVE EN REGION GLUTEA DERECHA , MANEJO POSTUAL Y FRIO LOCAL.

Firmado electrónicamente por **MARIANA SAAVEDRA MAQUILON** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 25124 Identificación CC 66757890

08 marzo 2017 12:21 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

TERAPIA FISICA #2

ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA REFIRIENDO AUN DOLOR EN GLUTEO DERECHO CON IRRADIACION A MIEMBRO

INFERIOR DERECHO SE REALIZA:

MASAJE SEDATIVO
ESTIRAMIENTOS SUAVES
POSICION EN CAMA

DEJO PACIENTE ESTABLE

Firmado electrónicamente por **GUIOVANNA TOVAR HERRERA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 26740 Identificación CC 66853675

09 marzo 2017 17:05 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

TERAPIA FISICA # 3
16:30HORAS
ENCUENTRO PACIENTE POSICIONADO EN CAMA, ALERTA, ORIENTADO, COLABORADOR, SIN ACOMPAÑANTE, OXIGENO AMBIENTE, REFIERE DOLOR EN REGION LATERAL DERECHA DE ESPALDA Y RECORRIDO LATERAL DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO, PRESENTA PARCHES PARA EL DOLOR Y VENDAJE EN PIERNA DERECHA, ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR Y FUERZA MUSCULAR CONSERVADOS, ESTABLE DE ACUERDO A SU CONDICION.

OBJETIVOS
MANTENER AMA Y FUERZA MUSCULAR
PREVENIR DESACONDICIONAMIENTO FISICO
EVITAR COMPLICACIONES OSTEOMUSCULARES

INTERVENCION
DURANTE LA INTERVENCION SE REALIZA POSICIONAMIENTO EN SEDENTE AL BORDE DE LA CAMA, SE REALIZAN EJERCICIOS CIRCULATORIOS, MOVILIDAD ACTIVA DE LAS CUATRO EXTREMIDADES, NO QUIZO REALIZAR MARCHA YA QUE REFEIRE QUE HABIA ACABADO DE CAMINAR. QUEDA EN CAMA, SIN ACOMPAÑANTE, ESTABLE, TOLERA LA TERAPIA.

Firmado electrónicamente por **DIANA VICTORIA CAMPAZ IBARGUEN** -- FISIOTERAPEUTA
Identificación CC 1130585369

10 marzo 2017 12:23 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

TERAPIA FISICA #4

ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA MUY ANIMADO HOY VA A SER LLEVADO A CIRUGIA REFIRIENDO DOLOR A LA MOVILIZACION EL PACIENTE A CAMINADO POR LO QUE SOLICITA MANEJO DE DOLOR SE REALIZA:

MASAJE SEDATIVO
ESTIRAMIENTOS GENERALIZADOS
POSICIONAMIENTO EN CAMA

DEJO PACIENTE ESTABLE

Firmado electrónicamente por **GUIOVANNA TOVAR HERRERA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 26740 Identificación CC 66853675

11 marzo 2017 12:26 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

terapia física # 5 Hora:11:30am

Encuentro paciente en cama, semifowler, consciente, orientado en tres esferas, acompañado de familiar, refiere mejoría del dolor comparado a antes de la cx la cual fue ayer. Dolor de 2/10 según EVA. Moviliza las 4 extremidades, fuerza, sensibilidad superficial y profunda conservada, semiindependiente para las AVD. Paciente refiere que en la mañana su médico tratante lo visitón y le informó que podía sentarse, pararse y caminar. Tiene herida qx en región lumbar cubierta con aposito impregnado de sangre.

Obj:
Favorecer transiciones
Mantener AMAS y fuerza
Promover la deambulación

Intervención:
Se realizan ejercicios de burguer allen, activos asistidos para las 4 extremidades, ejercicios de basculación pélvica, isométricos para add e isquiotibiales, transición a sedente borde de cama, bipedestación, descargas de peso, deambulación por la habitación con asistencia mínima, no refiere dolor, se deja posicionado en cama. Tolera terapia.

Firmado electrónicamente por **MARIA EUGENIA ARIAS GARCIA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 31791216 Identificación CC 31791216

12 marzo 2017 12:21 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

terapia física # 6
12:00m

Encuentro paciente en bípedo caminando en habitación , refiere leve dolor y molestia en pierna drecha, con acompañante, Tiene herida qx en región lumbar cubierta con aposito impregnado de sangre.

Obj:
Favorecer transiciones
Mantener AMAS y fuerza
Promover la deambulación

Se realizan en silla, ejercicios circulatorios, activos libres suaves de 4 extremidades, caminata por pasillo, tolera tratamiento, dejo en silla

Firmado electrónicamente por **VICTORIA EUGENIA PEREZ GOMEZ** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 760807 Identificación CC 31642838

13 marzo 2017 12:22 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

TERAPIA FISICA # 7 (11:32 A.M):

PACIENTE SENTADO EN SILLA RECLINOMATIC, DESPIERTO, CON DESACONDICIONAMIENTO FISICO MODERADO, CON MARCHA ANTALGICA, CON HERIDA LIMPIA, SECA Y CUBIERTA EN REGION LUMBAR, MANIFIESTA DOLOR DE 6/10 EAV EN PIERNA Y CADERA MIEMBRO INFERIOR DERECHO, MUY COLABORADOR, CON ACOMPAÑANTE.

TERAPIA FISICA:

PLAN:
MANTENER ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR.

SE REALIZA EJERCICIOS ACTIVOS LIBRES DE FLEXO-EXTENSION DE MUÑECAS, CODOS, HOMBROS, EJERCICIOS ACTIVOS LIBRES DE FLEXO-EXTENSION DE TOBILLOS, RODILLAS Y CADERAS, TRASLADO A POSICION BIPEDA, EJERCICIOS COORDINATIVOS, CAMINATA POR PASILLO TRAMO LARGO.

EL PACIENTE TOLERA EL TRATAMIENTO Y SE DEJA ESTABLE, CON ACOMPAÑANTE.

Firmado electrónicamente por **VIVIANA CORTES RUIZ** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 763673 Identificación CC 67009431

14 marzo 2017 10:32 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

RECHAZA TERAPIA FISICA POR DOLOR

Firmado electrónicamente por **VICTORIA EUGENIA PEREZ GOMEZ** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 760807 Identificación CC 31642838

14 marzo 2017 17:31 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, ALERTA, CONCIENTE, REFIERE NO REALIZAR LA TERAPIA POR DOLOR.

Firmado electrónicamente por **LAURA XIMENA SALAZAR CIENDUA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 760527 Identificación CC 1144141026

15 marzo 2017 11:06 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

TERAPIA FISICA No. 8 9.AM
PACIENTE ALERTA CONECTADO CON EL MEDIO, COLABORA CON LA TERAPIA. MARCHA ANTALGICA, CON HERIDA CUBIERTA EN REGION LUMBAR, MANIFIESTA DOLOR DE 4/10 EVA EN PIERNA Y CADERA MIEMBRO INFERIOR DERECHO, NO DOLOR LUMBAR.
OBJETIVO; PROMOVER MOVILIDAD-
INTEVENCION; EJERCICIOS ACTIVOS LIBRES EXTREMIDADES INFERIORES. EN SUPINO ESTIRAMIENTOS SUAVES PARA ISQUIOTIBILAES, ABD ADUCTORES Y GLUTEO, TRASLADO A BIPEDO, DESCARGAS DE PESO, Y REEDUCACION DE MARCHA EN PASILLO.
ESTABLE.

Firmado electrónicamente por **JOHN EDWARD QUINTERO JIMENEZ** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 762563 Identificación CC 1107059516

Control de Medicamentos

06 marzo 2017 22:58 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 06 Mar 2017 22:58 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

∗ 06 Mar 2017 22:58 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 3 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ANDERSON STEVEN LAGUNA GOMEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144064325

07 marzo 2017 01:34 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Observaciones: REFIERE EVA 8/10

∗ 07 Mar 2017 01:33 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ANDERSON STEVEN LAGUNA GOMEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144064325

07 marzo 2017 01:55 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

∗ 07 Mar 2017 01:55 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ANDERSON STEVEN LAGUNA GOMEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144064325

07 marzo 2017 03:59 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

∗ 07 Mar 2017 03:59 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 0.3 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ANDERSON STEVEN LAGUNA GOMEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144064325

07 marzo 2017 05:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

∗ 07 Mar 2017 04:59 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 2 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ANDERSON STEVEN LAGUNA GOMEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144064325

07 marzo 2017 09:32 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

∗ 07 Mar 2017 08:30 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Observaciones: RESCATE

∗ 07 Mar 2017 09:57 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

07 marzo 2017 10:14 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

∗ 07 Mar 2017 10:14 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB 1323 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

∗ 07 Mar 2017 10:22 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

∗ 07 Mar 2017 10:23 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 2 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

∗ 07 Mar 2017 12:02 CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

∗ 07 Mar 2017 15:46 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

∗ 07 Mar 2017 15:49 NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

∗ 07 Mar 2017 15:51 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

∗ 07 Mar 2017 15:51 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

∗ 07 Mar 2017 15:51 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 2 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

07 marzo 2017 22:42 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Observaciones: 4CC

∗ 07 Mar 2017 22:00 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Observaciones: 1 CAP

∗ 07 Mar 2017 22:00 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA YANETH ANACONA BEDOYA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29740128

08 marzo 2017 00:08 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Observaciones: 2 TAB
* 08 Mar 2017 00:08 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA YANETH ANACONA BEDOYA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29740128

08 marzo 2017 02:08 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
* 07 Mar 2017 22:00 AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA 25 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA YANETH ANACONA BEDOYA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29740128

08 marzo 2017 04:27 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Observaciones: 4CC
* 08 Mar 2017 04:27 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA YANETH ANACONA BEDOYA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29740128

08 marzo 2017 08:46 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
* 08 Mar 2017 08:45 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

08 marzo 2017 10:32 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
* 08 Mar 2017 10:32 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

08 marzo 2017 10:33 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
* 08 Mar 2017 10:33 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

08 marzo 2017 12:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
* 08 Mar 2017 12:00 CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

08 marzo 2017 12:04 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
* 08 Mar 2017 12:04 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB 1323 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

08 marzo 2017 16:17 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Observaciones: DRA. PUPO ADMINISTRA 4 MG
* 08 Mar 2017 13:30 DORMICUM 5 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: DRA. PUPO ADMINISTRA 30 MG
* 08 Mar 2017 13:30 KEtamina CLORHIDRATO 50 mg / 1mL SOLUCION INYECTABLE JP x 1 mL 1 JERINGA Via ENDOVENOSA

Observaciones: DRA. PUPO ADMINISTRA 100 MG
* 08 Mar 2017 13:30 FENtanilo 0,5 mg / 10 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Vía: Frecuencia: Dilución:
* 08 Mar 2017 15:30 GADOVERSETAMIDE X 0.5 MMOL/ML (OPTIMARK) 18 CC Via ENDOVENOSA

Observaciones: DRA. PUPO ADMINISTRA 50 G
* 08 Mar 2017 15:30 PROPOFOL 1% (10 mg / 1 mL) EMULSION INYECTABLE VIAL x 20 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: PARA ADMINISTRACION DE MTOS
* 08 Mar 2017 15:30 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ANAVEIBA OBANDO PUERTA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 67004582

08 marzo 2017 17:18 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 08 Mar 2017 17:18 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

* 08 Mar 2017 17:22 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

* 08 Mar 2017 17:22 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

08 marzo 2017 23:04 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 08 Mar 2017 20:00 AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA 25 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: se administra por insomnio.

* 08 Mar 2017 21:30 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 0.3 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: diluida en ssn 10cc.

* 08 Mar 2017 22:00 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 08 Mar 2017 22:00 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **DIANA FABIOLA MONTOYA MUÑOZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112470798

09 marzo 2017 02:17 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 09 Mar 2017 00:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por **DIANA FABIOLA MONTOYA MUÑOZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112470798

09 marzo 2017 06:53 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 09 Mar 2017 04:00 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 09 Mar 2017 06:00 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 2 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DIANA FABIOLA MONTOYA MUÑOZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112470798

09 marzo 2017 08:11 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Observaciones: MEDIA TABLETA

* 09 Mar 2017 08:11 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 0.3 MILIGRAMOS Via ORAL

* 09 Mar 2017 08:12 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

* 09 Mar 2017 10:10 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

* 09 Mar 2017 10:10 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Observaciones: 13:00 SE ADMINISTRA METFORMINA X 850MG, CONCILIACION.

* 09 Mar 2017 11:49 CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

* 09 Mar 2017 14:59 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 09 Mar 2017 15:41 VERSATIS 5% (700 mg) PARCHE TRANSDERMICO CAJA x 5 1 DOSIS Via TÓPICA

* 09 Mar 2017 15:42 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

* 09 Mar 2017 15:42 NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 09 Mar 2017 15:43 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

09 marzo 2017 23:16 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 09 Mar 2017 22:00 AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA 25 MILIGRAMOS Via ORAL

* 09 Mar 2017 22:00 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 09 Mar 2017 22:00 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

* 09 Mar 2017 22:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB 1323 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

* 10 Mar 2017 00:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

* 10 Mar 2017 03:45 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Observaciones: ENALAPRIL 5 MG + GLIBENCLAMIDA 5 MG ORAL - CONICLIACION

* 10 Mar 2017 06:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB 1323 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **BEATRIZ ELENA MENDEZ ORTIZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31927415

10 marzo 2017 09:37 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Observaciones: 2 TAB

* 10 Mar 2017 08:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Observaciones: 4CC

* 10 Mar 2017 09:38 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Observaciones: 1 CAP

* 10 Mar 2017 09:38 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: 1/2 TAB

* 10 Mar 2017 09:41 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 0.1 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA YANETH ANACONA BEDOYA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29740128

10 marzo 2017 16:05 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 10 Mar 2017 16:02 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **FABIOLA OLAYA CEDEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29114327

11 marzo 2017 00:09 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Mar 2017 00:06 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 11 Mar 2017 00:09 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA PEREZ MILLAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29775290

11 marzo 2017 01:17 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Observaciones: PACIENTE CON INSOMNIO

* 11 Mar 2017 01:17 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 0.3 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: PLAN A 50CC/H.

* 11 Mar 2017 01:18 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA PEREZ MILLAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29775290

11 marzo 2017 04:08 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Mar 2017 04:07 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA PEREZ MILLAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29775290

11 marzo 2017 09:36 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Mar 2017 09:35 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

* 11 Mar 2017 09:36 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Observaciones: 0.125Miligramos (1/2 tableta)

* 11 Mar 2017 09:36 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL

* 11 Mar 2017 09:47 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

* 11 Mar 2017 09:48 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

* 11 Mar 2017 09:48 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA

* 11 Mar 2017 10:15 AZTREONAM 1gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 11 Mar 2017 10:16 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **NATALIA MORENO SUAREZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144148911

11 marzo 2017 12:32 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Mar 2017 12:32 CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

Firmado electrónicamente por **NATALIA MORENO SUAREZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144148911

11 marzo 2017 16:54 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Mar 2017 16:20 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por **JENYFFER ALEJANDRA LOBATON VILLAMIL** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143950170

11 marzo 2017 17:03 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Mar 2017 16:10 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **JENYFFER ALEJANDRA LOBATON VILLAMIL** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143950170

11 marzo 2017 17:08 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Mar 2017 16:20 NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **JENYFFER ALEJANDRA LOBATON VILLAMIL** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143950170

11 marzo 2017 17:11 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Mar 2017 16:10 VERSATIS 5% (700 mg) PARCHE TRANSDERMICO CAJA x 5 2 UNIDAD Via TÓPICA

Firmado electrónicamente por **JENYFFER ALEJANDRA LOBATON VILLAMIL** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143950170

11 marzo 2017 17:12 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Mar 2017 14:12 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 0.1 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **JENYFFER ALEJANDRA LOBATON VILLAMIL** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143950170

11 marzo 2017 18:17 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Mar 2017 18:15 DULCOLAX 5mg GRAGEA 5 MILIGRAMOS Via ORAL

* 11 Mar 2017 18:15 AZTREONAM 1gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **JENYFFER ALEJANDRA LOBATON VILLAMIL** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143950170

11 marzo 2017 18:22 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Mar 2017 18:22 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **JENYFFER ALEJANDRA LOBATON VILLAMIL** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143950170

11 marzo 2017 18:23 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Mar 2017 16:23 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **JENYFFER ALEJANDRA LOBATON VILLAMIL** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143950170

11 marzo 2017 23:05 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Mar 2017 20:00 AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA 25 MILIGRAMOS Via ORAL

* 11 Mar 2017 22:00 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 0.3 MILIGRAMOS Via ORAL

* 11 Mar 2017 22:00 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 11 Mar 2017 22:00 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

* 11 Mar 2017 22:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

* 11 Mar 2017 22:00 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **CINTHYA LIZETH OSORIO BECERRA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144156372

11 marzo 2017 23:48 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Mar 2017 23:47 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por **FABIOLA OLAYA CEDEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29114327

12 marzo 2017 03:49 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 12 Mar 2017 03:49 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **FABIOLA OLAYA CEDEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29114327

12 marzo 2017 08:33 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 12 Mar 2017 06:00 DULCOLAX 5mg GRAGEA 5 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **CINTHYA LIZETH OSORIO BECERRA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144156372

12 marzo 2017 10:25 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 12 Mar 2017 08:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Observaciones: SE ADMINISTRA 0.125MG

* 12 Mar 2017 08:00 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 0.3 TABLETA Via ORAL

* 12 Mar 2017 10:00 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 12 Mar 2017 10:00 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **DIANA FABIOLA MONTOYA MUÑOZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112470798

12 marzo 2017 12:08 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 12 Mar 2017 12:08 CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

Firmado electrónicamente por **DIANA FABIOLA MONTOYA MUÑOZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112470798

12 marzo 2017 15:32 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 12 Mar 2017 15:32 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

* 12 Mar 2017 15:32 NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Observaciones: 13:00 se administra metformina x 850mg, conciliación.
14:00 se administra media tableta de alprazolam.

* 12 Mar 2017 15:33 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

12 marzo 2017 18:40 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 12 Mar 2017 18:00 DULCOLAX 5mg GRAGEA 5 MILIGRAMOS Via ORAL

* 12 Mar 2017 18:00 VERSATIS 5% (700 mg) PARCHE TRANSDERMICO CAJA x 5 3 UNIDAD Via TÓPICA

Firmado electrónicamente por **DIANA FABIOLA MONTOYA MUÑOZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112470798

12 marzo 2017 21:08 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 12 Mar 2017 21:08 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

* 12 Mar 2017 21:09 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 0.3 MILIGRAMOS Via ORAL

* 13 Mar 2017 00:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

* 13 Mar 2017 05:45 DULCOLAX 5mg GRAGEA 5 MILIGRAMOS Via ORAL

* 13 Mar 2017 05:46 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LINA MARCELA VELEZ TORRES** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143970697

13 marzo 2017 09:26 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 13 Mar 2017 09:26 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Observaciones: se administra 0.125 mg 1/2

* 13 Mar 2017 09:27 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 0.3 MILIGRAMOS Via ORAL
* 13 Mar 2017 11:03 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL
* 13 Mar 2017 12:20 CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

Observaciones: SE ADMINISTRA 1/2 TABLETA 0.12MG

* 13 Mar 2017 15:14 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 0.3 MILIGRAMOS Via ORAL
* 13 Mar 2017 16:13 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 MILIGRAMOS Via ORAL
* 13 Mar 2017 16:13 NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 13 Mar 2017 16:14 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Observaciones: SE COLOCA 2 PARCHES CARA LATERAL DE LA PIERNA DERECHA

* 13 Mar 2017 16:25 VERSATIS 5% (700 mg) PARCHE TRANSDERMICO CAJA x 5 2 UNIDAD Via TÓPICA
* 13 Mar 2017 17:43 DULCOLAX 5mg GRAGEA 5 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

13 marzo 2017 22:14 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 13 Mar 2017 22:14 LYRICA 75 mg CAPSULA 150 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: POR INSOMNIO.

* 13 Mar 2017 22:14 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 0.3 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: D.U

* 13 Mar 2017 22:15 MORFINA 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 13 Mar 2017 23:58 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL
* 14 Mar 2017 05:32 DULCOLAX 5mg GRAGEA 5 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

14 marzo 2017 09:33 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 14 Mar 2017 08:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Observaciones: SE ADMINISTRA 0.125MG MEDIA TABLETA

* 14 Mar 2017 08:00 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 0.1 MILIGRAMOS Via ORAL
* 14 Mar 2017 09:33 LYRICA 150 mg CAPSULA 150 MILIGRAMOS Via ORAL
* 14 Mar 2017 11:51 CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

Firmado electrónicamente por **LINA MARCELA VELEZ TORRES** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143970697

14 marzo 2017 14:10 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

Observaciones: SE ADMINISTRA 0.125 MG 1/2 TABLETA

* 14 Mar 2017 14:10 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 0.1 MILIGRAMOS Via ORAL
* 14 Mar 2017 14:11 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DIANA MARCELA CALERO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29352000

14 marzo 2017 15:58 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 14 Mar 2017 15:58 NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 14 Mar 2017 15:58 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 14 Mar 2017 15:58 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Firmado electrónicamente por **DIANA MARCELA CALERO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29352000

14 marzo 2017 18:06 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 14 Mar 2017 18:06 DULCOLAX 5mg GRAGEA 5 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **DIANA MARCELA CALERO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29352000

14 marzo 2017 21:12 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 14 Mar 2017 21:12 carbaMAzepina 200 mg TABLETA 200 MILIGRAMOS Via ORAL
* 14 Mar 2017 21:12 oxyCONTIN ORF 10 mg TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA 10 MILIGRAMOS Via ORAL
* 14 Mar 2017 22:12 LYRICA 150 mg CAPSULA 150 MILIGRAMOS Via ORAL
* 15 Mar 2017 01:02 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL
* 15 Mar 2017 04:33 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 15 Mar 2017 06:33 DULCOLAX 5mg GRAGEA 5 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

15 marzo 2017 09:24 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 15 Mar 2017 08:00 carbaMAzepina 200 mg TABLETA 200 MILIGRAMOS Via ORAL
* 15 Mar 2017 08:00 oxyCONTIN ORF 10 mg TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA 10 MILIGRAMOS Via ORAL
* 15 Mar 2017 08:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 1 GRAMO Via ORAL

Observaciones: MEDIA TABLETA

* 15 Mar 2017 09:24 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 0.1 MILIGRAMOS Via ORAL
* 15 Mar 2017 09:26 LYRICA 150 mg CAPSULA 150 MILIGRAMOS Via ORAL
* 15 Mar 2017 12:04 CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

Observaciones: MEDIA TABLETA

* 15 Mar 2017 14:00 ALPRazolam 0,25 mg TABLETA 0.1 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: POR DOLOR EVA 10/10

* 15 Mar 2017 14:56 carbaMAzepina 200 mg TABLETA 200 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: POR DOLOR EVA 10/10

* 15 Mar 2017 14:57 oxyCONTIN ORF 10 mg TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA 10 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: ADMINISTRADO PLAN DE LEV EL 7/3/17 A LAS 22:0HRS

* 15 Mar 2017 16:02 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB 1323 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Observaciones: ADMINISTRADO PLAN DE LEV EL 8/3/17 A LAS 4:00HRS

* 15 Mar 2017 16:03 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB 1323 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Observaciones: ADMINISTRADO PLAN DE LEV EL 6/3/17 A LAS 22:00HRS

* 15 Mar 2017 16:03 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 BOLSA Via IRRIGACIÓN
* 15 Mar 2017 16:10 VERSATIS 5% (700 mg) PARCHE TRANSDERMICO CAJA x 5 3 UNIDAD Via INTRADÉRMICA
* 14 Mar 2017 17:09 VERSATIS 5% (700 mg) PARCHE TRANSDERMICO CAJA x 5 4 UNIDAD Via INTRADÉRMICA
* 14 Mar 2017 17:12 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 10 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

*	14 Mar 2017 18:00	LACTATO DE RINGER	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	1.000 mL	REF:ARB2324	1 BOLSA	Via ENDOVENOSA	

Firmado electrónicamente por **LINA MARCELA VELEZ TORRES** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143970697

Glucometria

07 marzo 2017 18:14 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 07/03/2017 18:14
Resultados Resultados: 161MG/DL
Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

08 marzo 2017 12:01 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 08/03/2017 12:01
Resultados Resultados: 165mg/dl
Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

08 marzo 2017 18:20 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 08/03/2017 18:20
Resultados Resultados: 181MG/DL
Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

09 marzo 2017 10:17 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 09/03/2017 10:17
Resultados Resultados: 202 MG/DL
Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

09 marzo 2017 18:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 09/03/2017 18:00
Resultados Resultados: 158 mg/dl
Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

10 marzo 2017 09:45 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 10/03/2017 09:45
Resultados Resultados: 175 MG/DL
Firmado electrónicamente por **MARIA YANETH ANACONA BEDOYA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29740128

11 marzo 2017 10:16 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 11/03/2017 10:16
Resultados Resultados: 271MG/DL SE LE INFORMA AL DR ATERTHUA
Firmado electrónicamente por **NATALIA MORENO SUAREZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144148911

11 marzo 2017 18:24 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 11/03/2017 18:24
Resultados Resultados: 198mg/dl
Firmado electrónicamente por **JENYFFER ALEJANDRA LOBATON VILLAMIL** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143950170

12 marzo 2017 09:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 12/03/2017 09:00
Resultados Resultados: 221MG/DL
Firmado electrónicamente por **DIANA FABIOLA MONTOYA MUÑOZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112470798

12 marzo 2017 18:00 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 12/03/2017 18:00
Resultados Resultados: 249MG/DL
Firmado electrónicamente por **DIANA FABIOLA MONTOYA MUÑOZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112470798

12 marzo 2017 21:10 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 12/03/2017 21:10
Resultados Resultados: 176mg/dl

Firmado electrónicamente por **LINA MARCELA VELEZ TORRES** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143970697

13 marzo 2017 11:03 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 13/03/2017 11:03
Resultados Resultados: 110mg/dl

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

13 marzo 2017 17:43 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 13/03/2017 17:43
Resultados Resultados: 125MG/DL

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

14 marzo 2017 05:32 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 14/03/2017 05:32
Resultados Resultados: 193 MG/DL

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

14 marzo 2017 11:52 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 14/03/2017 11:52
Resultados Resultados: 134MG/DL

Firmado electrónicamente por **LINA MARCELA VELEZ TORRES** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143970697

14 marzo 2017 18:07 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 14/03/2017 18:07
Resultados Resultados: 133 mg/dl

Firmado electrónicamente por **DIANA MARCELA CALERO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29352000

15 marzo 2017 01:03 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 15/03/2017 01:03
Resultados Resultados: 178MG/DL

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

15 marzo 2017 06:33 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 15/03/2017 06:33
Resultados Resultados: 219MG/DL

Firmado electrónicamente por **GINNA MARCELA ARTUNDUAGA ALVARADO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130619143

15 marzo 2017 12:04 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 15/03/2017 12:04
Resultados Resultados: 120MG/DL

Firmado electrónicamente por **LINA MARCELA VELEZ TORRES** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143970697

Diagnósticos de Egreso

	Localización	Tipo DX
-- (M511) TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	Derecha	Confirmado Repetido
-- (M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **CRISTIAN MAURICIO QUESADA CORREA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1143359366 Identificación CC 1143359366

Salida Urgencias

Estado vital al salir **Vivo** Estado al salir Destino al salir **Domicilio**

Fecha y hora de salida **15 mar. 2017 13:23** Remitido a

Medio de trasporte

Fórmulas Médicas

ACETAMINOFEN (500 mg) -- Cja.x 100Tab — 90
TOMAR DOS TABLETA CADA 8 HORAS

AMITRIPTILINA (25 mg) -- Caja x 30 tab — 30
TOMAR UNA TABLETA CADA NOCHE

OXYCONTIN 10 mg (10 mg) -- Caja x30 comprimidos — 30

TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS	
CARBAMAZEPINA (200 mg) -- Cja.x 30Tab	30
TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS	
LYRICA 150mg (150mg) -- Cja.x 28Cap	60
TOMAR UNA CAPSULA CADA 12 HORAS	
VERSATIS 5 % (5 %) -- Cja x 5 Parches	15
APLICAR DOS PARCHES EN LA PIERNA DERECHA CADA NOCHE	

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

Notas Aclaratorias

12 marzo 2017 19:06 - *(PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP)*

la nota del dia 12-03-2017 a las 15:55 hrs no pertenece a el paciente.

Firmado electrónicamente por **RUBY LILIANA PEREZ CHAUX** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1114828561

Firmado Electrónicamente por **FUERTES BOLAÑOS DARIO FERNANDO**

Identificación **CC 98400191**
Especialidad **CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES**
Tarjeta Profesional **525831/200**

Clínica Imbanaco
Grupo quirónsalud

Historia Clínica de la Atención

CIRUGIA

Dirección: **Carrera 38 BIS 5B2-04. SEDE PRINC 3**
Teléfono Directo: **5550** -- Conmutador: **5544**

Atención No.**7843319**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **51 Años 4 Meses 16 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **CARLOS YOHANN MONTOYA TOBON**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **10-mar.-2017 16:46** Fecha y hora de Atención **10-mar.-2017 16:58**
El paciente se moviliza por sus propios medios? Medio de trasporte
Estado de llegada Procedencia
Llegó remitido de

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Alérgicos	- HIDROMORFONA(Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2017 10:56:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Transfusiones	- (Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							

Signos vitales

Fecha	P. A.	PAM	P. Pulm.	PPM	PVC	Temp °C	F.Card.	F. Resp	Sat O2	FIO2
10/mar./2017 18:00	175/96		/				100		99	
10/mar./2017 19:55	88/50		/				69		99	
10/mar./2017 21:25	175/99		/				105		100	

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

	10/mar./2017 21:30	156/95		/				92		100
	10/mar./2017 21:35	138/93		/				87		100
	10/mar./2017 21:45	149/93		/				84		100
	10/mar./2017 22:00	152/99		/				93		96
	10/mar./2017 22:15	139/92		/				86		93

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- (M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES		Impresion Diagnóstica
-- (M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

-- (M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA	Derecha	Impresion Diagnóstica
-- (M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

Ordenes de Medicamentos

10 marzo 2017 19:37 - *(CIRUGIA)*

* LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB2323 **Dosificación**: 500CC
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia:80CC/HR Dilución:

* VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 1GR
  Observaciones: Dilución: YA ANOTADA EN 1 HR X BOMBA 6AM-6PM

* AZTREONAM 1gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 1GR
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 12PM-8AM-4PM Y SUSPENDER Dilución:EN 20CC DE SSN LENTA

* oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 100MGRS
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 1MGR/HR+BOLOS DE 1MGR C/15MIN-TOPE DE 4 HRS DE 8MGRS Dilución:EN 90CC DE SSN0.9%

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 75MGRS
  Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia: 12PM-12M Dilución:

* XANAX 0,25 mg TABLETA **Dosificación**: 0.25MGRS
  Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: 12PM C/24 HRS Dilución:

* DULCOLAX 5mg GRAGEA **Dosificación**: 5MGRS
  Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia:6AM-6PM HASTA EFECTO Dilución:

* NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 40MGRS
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 8AM C/24 HRS Dilución:

* AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA **Dosificación**: 25MGRS
  Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: 10PM C/24 HRS Dilución:

* DOLEX 500 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación**: 1GR
  Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia:12PM Y C/8 HRS Dilución:

Firmado electrónicamente por **LUIS MIGUEL VELASQUEZ MALVEHY** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: 10662 Identificación CC 16447389

Ordenes Generales

10 marzo 2017 19:47 - *(CIRUGIA)*

1. Avisar cambios a Dr(a) al tel: G.CASAS
2. Baño asistido
3. Cabecera a 30 grados
4. Cambios de posición
5. Control de signos vitales
6. Cuidados de piel
7. Dieta blanda MAÑANA AM
8. Dieta completa MAÑANA 12M-HIPOGLUCIDA-HIPOCALORICA
9. Dieta líquida 10PM HOY
10. Esquema de Insulina GLUCOMETRIAS C/6HRS
11. Vigilar sangrado

Firmado electrónicamente por **LUIS MIGUEL VELASQUEZ MALVEHY** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: 10662 Identificación CC 16447389

Nota Quirúrgica

10 marzo 2017 20:50 - *(CIRUGIA)*

030207 EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO (EXCEPTO SEGMENTO CERVICAL) Y RAICES ESPINALES POR FORAMINOTOMIA POSTERIOR

Fecha: 10 mar. 2017 20:50
Lateralidad: Ambos **Medico:** DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS
Dx Principal: M472 OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

810923 REFUSION DE COLUMNA LUMBAR VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INJERTO

Fecha: 10 mar. 2017 20:50
Lateralidad: No Aplica **Medico:** DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS
Dx Principal: M472 OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

Descripción de acto quirúrgico / hallazgos

ASA **1** Tipo de Cirugia **Electiva** Tipo de Herida **Limpia** Tiempo de Cirugia **0**min Profilaxis **vancomicina**

LISTA DE CHEQUEO PREQUIRURGICA REVISION DE NEUROIMAGENES PLANEAMIENTO PREQUIRURGICO PAUSA DE SEGURIDAD REVUSION DE LATERALIDAD DE SINTOMAS Y CORRELACION CLINICA Y DE NEUROIMAGENES PLANEAMIENTO PREQUIRGICO PROFILAXIS ANTIBIOTICA VANCOMICINA DECUBITO PRONO COLOCACION DE ROLLOS DE PROTECCION ANTIPRESION EN ZONAS DE RIESGO REVISION DE ?OSICION ADECUADA EN MESA ASEPSIA ANTISEPSIA DE REGION LUMBOSACRA CAMPOS ESTRILES DESECHABLES INCISION LINEA MEDIA POR CICATRIZ PREVIA DISECCION POR PLANOS A HUESO RETIRO DE FIBROSIS PERIDURAL BAJO VISION MICROSCOPICA REVISION DE DURAMADRE Y DE SITIO DE ORIGEN DE RAIZ NERVIOSA L5 Y S1 DERECHAS RETIRO DE TORNILLOS DE SUJECION Y DE BARRAS RETIRO DE INJERTO OSEO DE LADO DERECHO REVISION DE DESCOMPRESION AMPLIACION DE FORAMINOTOMIA CON HALLAZGO DE COMPRESION RESIDUAL POR LIGAMENTO Y SEROMA LOCAL SE VERIFICA DESCOMPRESION FINAL DE RAIZ SE AMPLIA DESCOMPRESION DE FIBROSIS HACIA LADO IZQUIERDO PARA MEJORAR DESCOMPRESION GLOBAL FINAL NUEVAMENTE SE COLOCA BARRA DE FIJACION DERECHA COLOCACION DE TORNILLOS PRISIONEROS Y MANIOBRA DE DISTRACCION OPTIMA AMPLIACION FINAL DE FORAMEN CON DESCOMPRESION OPTIMA DE RAICES NERVIOSAS NO COMPLICACIONES COLOCACION DE AUTOINJERTO OSEO Y REFUSION LATERAL DERECHA LAVADO QUIRURGICO COLOCACION DE MEZCLA ANALGESICA DE DEPOSITO NO PARTICULADO MAS BUPIVACAINA LEVOGIRA 2CC NO COMPLICACIONES OPTIMA REVISION FINAL CIERRE POR ?LANOS FASCIA MUSCULOS SUBDERMIS DERMIS ACEPTABLE EVOLUCION NEUROLOGICA POSTQX NO COMPLICACIONES NI SIGNOS DE ALARMA EN POP INMEDIATA TRANSLADO A SALA DE RECUPERACION INFORME POP A FAMILIARES

Descripción Quirúrgica/Técnica / uso de dispositivos/ Material de Osteosíntesis y Otros:
Hallazgos:COMPRESION RESIDUAL LATERAL OSEA Y POR PROCESO DE SEROMA CICATRIZAL DURAMADRE INTEGRA NO SE EVIDENCIA FISTULA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO
Cantidad de sangrado aproximado (cc):100
Muestras enviadas a patología, si aplica:NO
Complicaciones, si aplica:NINGUNA

Colaboradores

Anestesiologo 1: VELASQUEZ MALVENY LUIS MIGUEL
Cirujano 2: CASAS CASTILLO GERARDO
Cirujano 1 (Ppal): FUERTES BOLAÑOS DARIO FERNANDO

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

Control de Medicamentos

10 marzo 2017 17:32 - *(CIRUGIA)*

* 10 Mar 2017 17:32 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

10 marzo 2017 18:51 - *(CIRUGIA)*

* 10 Mar 2017 18:51 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB2323 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

* 10 Mar 2017 18:51 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

10 marzo 2017 18:52 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

∗ 10 Mar 2017 18:52 ALNEFRIN 1% (10 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

10 marzo 2017 18:53 - *(CIRUGIA)*

∗ 10 Mar 2017 18:53 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 AMPOLLA Via IRRIGACIÓN

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

10 marzo 2017 18:56 - *(CIRUGIA)*

∗ 10 Mar 2017 18:56 BUPIVAcaina 0,5% EPINEFRINA 1:200.000 SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

10 marzo 2017 18:57 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

∗ 10 Mar 2017 18:57 TRANEXAM 500 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

∗ 10 Mar 2017 18:57 TRANEXAM 500 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

10 marzo 2017 18:58 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

∗ 10 Mar 2017 18:58 PROPOFOL 1% (10 mg / 1 mL) EMULSION INYECTABLE AMPOLLA x 50 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

10 marzo 2017 19:09 - *(CIRUGIA)*

∗ 10 Mar 2017 19:09 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via OTROS

∗ 10 Mar 2017 19:09 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via OTROS

∗ 10 Mar 2017 19:09 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via OTROS

∗ 10 Mar 2017 19:09 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via OTROS

∗ 10 Mar 2017 19:09 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via OTROS

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

10 marzo 2017 19:10 - *(CIRUGIA)*

∗ 10 Mar 2017 19:10 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via OTROS

∗ 10 Mar 2017 19:10 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via OTROS

∗ 10 Mar 2017 19:10 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via OTROS

∗ 10 Mar 2017 19:10 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via OTROS

∗ 10 Mar 2017 19:10 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via OTROS

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

10 marzo 2017 19:11 - *(CIRUGIA)*

∗ 10 Mar 2017 19:11 BUPIVAcaina 0,5% EPINEFRINA 1:200.000 SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

Observaciones: Ver registro de anestesia

∗ 10 Mar 2017 19:11 AGUA ESTERIL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL. 1 AMPOLLA Via OTROS

* 10 Mar 2017 18:00 AZACTAM 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

* 10 Mar 2017 18:00 AZACTAM 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

* 10 Mar 2017 18:01 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

* 10 Mar 2017 18:01 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

10 marzo 2017 19:12 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 10 Mar 2017 19:12 TRANEXAM 500 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

* 10 Mar 2017 19:12 ROXIcaina SIMPLE 2% (20 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

10 marzo 2017 19:13 - *(CIRUGIA)*

* 10 Mar 2017 19:13 REMIfentanil 2 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 10 Mar 2017 19:13 RANITIDINA CLORHIDRATO 50 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 Ml 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 10 Mar 2017 19:13 DEXAmetasona FOSFATO 4 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 10 Mar 2017 19:13 DEXAmetasona FOSFATO 4 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

10 marzo 2017 20:07 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 10 Mar 2017 20:07 DEXAmetasona FOSFATO 4 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 10 Mar 2017 20:07 DEXAmetasona FOSFATO 4 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

10 marzo 2017 20:11 - *(CIRUGIA)*

* 10 Mar 2017 20:11 bupiNEST SIMPLE 0,75% (7,5 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

10 marzo 2017 20:35 - *(CIRUGIA)*

* 10 Mar 2017 20:35 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

10 marzo 2017 20:57 - *(CIRUGIA)*

* 10 Mar 2017 20:57 bupiNEST SIMPLE 0,75% (7,5 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

* 10 Mar 2017 20:57 bupiNEST SIMPLE 0,75% (7,5 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

Firmado electrónicamente por **MARIA DEL CARMEN ROMAN CALLE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 29124767

Diagnósticos de Egreso	**Localización**	**Tipo DX**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

-- (M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES		Impresion Diagnóstica
-- (M996) ESTENOSIS OSEA Y SUBLUXACION DE LOS AGUJEROS INTERVERTEBRALES		Impresion Diagnóstica
-- (M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA	Derecha	Impresion Diagnóstica
-- (M472) OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS** -- CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES

Datos de Enfermeria

Dispositivos Invasivos

Firmado Electrónicamente por **FUERTES BOLAÑOS DARIO FERNANDO**

Identificación **CC 98400191**
Especialidad **CIRUGIA DE COLUMNA Y DEFORMIDADES VERTEBRALES**
Tarjeta Profesional **525831/200**

Historia Clínica de la Atención

ANGIOGRAFÍA

Dirección: **Cra 38 Bis No 5B2-04. Ninguno Ninguno**
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **123**

Atención No.**8105298**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **51 Años 7 Meses 21 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **CARLOS YOHANN MONTOYA TOBON**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **12-jun.-2017 13:09**
Fecha y hora de Atención **12-jun.-2017 13:19**
El paciente se moviliza por sus propios medios? **Si**
Medio de trasporte
Estado de llegada **Alerta**
Procedencia **Domicilio**
Llegó remitido de

Causa de Consulta y Anamnesis

Causa del evento: **Bloqueo Simpatico LUmbar**
Fecha de ocurrencia: Tiempo de evolución: **1 Minutos** Tipo de evento: **Enfermedad General**
Tipo consulta PyP: Sito de ocurrencia:

Enfermedad Actual - (Anamnesis)

Jan Carlo persiste con queja de dolor a nivel lumbosacro bilateral 10/10 y en cara externa de pierna derecha que se irradia hasta grueso artejo 7/10. Este último antes era 15/1o.

Está en teraía físcia e hidroterapia. Sigue incapacitado. Se siente muy deprimido y con rabia pues ha visto muy copmprometida su vida en general ante la mala evolución que ha tenido luego de sus cirugías. AMitriptilina lo pon´{ia a llorar y decidió suspenderla.

Al EF se aprecia con fascies depresivas. Marcha ok. AMA s de columna lumbosacra comprometida por dolor. Le cuesta trabajo doblar pierna izquierda sobre la derecha. No dolor a la palpación de región lumbosacra. Lasgeue negativo . Patric negativo. Hipoestesia en cara lateral de pierna derecha y planta..
tiene hipoestesia en área de cicatriz abdominal.

I/P_: Sd de espalda fallida. Planteo bloqueo simpático lumbar. Según evolución, incluso habría que considerear prueba e neuroestimulación medular.
Se dej a medicación igual.

Seguiir con Pregabalina y Palexis Retard . SS valoración por psiquiatría.

Atención Clínica

Valoración Medico Inicial

21 junio 2017 11:38 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Jan Carlo asiste el día de hoy a control post bloqueo simpático lumbar.

Refiere que el alivio de la alodinia solo duró unas horas. El dolor en la piena y región lumbar no cedió para nada.

Refiere el dolor persiste e incluso en últimos días se ha aumentado el dolor a nivel de la cintura con la terapia física. También ha empezado a sentir dolor en cara lateral de pierna izquierda con EVA 3/10. Dolor en MID está con EVA 6-8/10. Dolor lumbar tipo peso puede llegar a 10/10, ahora 6/10.

Persiste alodinia en MID.

Está tomando Lyrica 150 mg cada 1 2hrs + Acetamionofen 1 gr cada 8 hrs + Amitriptilina 6 mg en la noche (No tolera aumentar esa dosis) y suspendió el Palexis.

AL EF se aprecia en aceptables condiciones generales. Marcha OK. Hipoestesia en lado derecho de pared abdominal. Hay hipoesteis cara plantar del hallux derecho. Alodinia leve en cara lateral de la pierna y muclo. No lasegue. Hoy no dolor al palpar región lumbar.

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

I/P: No funcionó bloqueo simpático. Se plantea posibilidad de manejo con neuroestimulación meduilar.
Se remite para valoración pro Dr Bernardo Perez.
Se informará al Dr Fuertes , su cirujano tratante al respecto.

Firmado electrónicamente por **MARIA MERCEDES FAJARDO SANMARTIN** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: - Identificación CC 39779019

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Alérgicos	- HIDROMORFONA(Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2017 10:56:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Farmacológicos	- Pregabalina y Palexis Retard(Reg: 12 Jun 2017 14:02:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Transfusiones	- (Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							

Signos vitales

12 junio 2017 14:20 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Presión Arterial **136/89** Temperatura **36.0**°C Frec. Card. **89**xMin Frec. Resp. **7**xMin Peso Kg Talla mts IMC Superf. Corporal Glassgow **15** Tiene aliento alcohólico? **No** Grado Alcoholemia % Saturación de O_2 **96**

Firmado electrónicamente por **YINETH ALEJANDRA MORENO PUERTA** -- CIRCULANTE
Identificación CC 38556128

12 junio 2017 14:45 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Presión Arterial **128/98** Temperatura **36**°C Frec. Card. **90**xMin Frec. Resp. **13**xMin Peso **87**Kg Talla **1.78**mts IMC **27.45** Superf. Corporal Glassgow **15** Tiene aliento alcohólico? **No** Grado Alcoholemia % Saturación de O_2 **100**

Firmado electrónicamente por **RUTH LAIDEN VASQUEZ RODRIGUEZ** -- RECUPERADORA
Identificación CC 66879098

12 junio 2017 14:50 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Presión Arterial **121/76** Temperatura **36.0**°C Frec. Card. **86**xMin Frec. Resp. **9**xMin Peso Kg Talla mts IMC Superf. Corporal Glassgow **15** Tiene aliento alcohólico? **No** Grado Alcoholemia % Saturación de O2 **96**

Firmado electrónicamente por **YINETH ALEJANDRA MORENO PUERTA** -- CIRCULANTE
Identificación CC 38556128

12 junio 2017 15:59 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Presión Arterial **124/85** Temperatura **36**°C Frec. Card. **91**xMin Frec. Resp. **18**xMin Peso Kg Talla mts IMC Superf. Corporal Glassgow Tiene aliento alcohólico? **No** Grado Alcoholemia % Saturación de O2 **99**

Firmado electrónicamente por **RUTH LAIDEN VASQUEZ RODRIGUEZ** -- RECUPERADORA
Identificación CC 66879098

Examen Físico

12 junio 2017 14:01 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Cabeza.	Normal
Boca y Faringe.	Normal
Cuello.	Normal
Otorrinolaringología.	Normal
Tórax.	Normal
Abdomen.	**Blando, depresible, no doloroso, peristaltismo normal. No se palpan masas.**
Genito - Urinario.	**No se exploran.**
Piel.	Normal

Firmado electrónicamente por **NORBY MILENA ACEVEDO NAVIA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 763028 Identificación CC 66809947

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- **(M511) TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA**	Derecha	Confirmado Repetido

Firmado electrónicamente por **NORBY MILENA ACEVEDO NAVIA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 763028 Identificación CC 66809947

-- **(M511) TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA**	Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **MARIA MERCEDES FAJARDO SANMARTIN** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: - Identificación CC 39779019

Nota de Egreso

12 junio 2017 15:16 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Jan Carlo persiste con queja de dolor a nivel lumbosacro bilateral 10/10 y en cara externa de pierna derecha que se irradia hasta grueso artejo 7/10. Este último antes era 15/1o.

Está en teraía físcia e hidroterapia. Sigue incapacitado. Se siente muy deprimido y con rabia pues ha visto muy copmprometida su vida en general ante la mala evolución que ha tenido luego de sus cirugías. AMitriptilina lo pon´{ia a llorar y decidió suspenderla.

Al EF se aprecia con fascies depresivas. Marcha ok. AMA s de columna lumbosacra comprometida por dolor. Le cuesta trabajo doblar pierna izquierda sobre la derecha. No dolor a la palpación de región lumbosacra. Lasgeue negativo . Patric negativo. Hipoestesia en cara lateral de pierna derecha y planta..
tiene hipoestesia en área de cicatriz abdominal.

1. Bloqueo simpático lumbar: 12 junio 2017 CMI Dra. Fajardo
Con aguja chioba no 22 hasta localizar su punta en cara anterolateral del cuerpo vertebral de l2. Lo9 mismo se hace en lo4. Se aplican 1 cc de medio de cont5raste en cada aguja paraveriuficar correcta posición. Se aplican 10 cc de bupivacaina al 0.,5% se en cada unbo de los niveles. Se retiran agujas.

Procedimiento sin comp0licaciones.

Se traslada a recuperción. Dolor que estaba en 6/10 desaparece. Disestesias en la pierna derecha tambiénj desaparecen.

Firmado electrónicamente por **NORBY MILENA ACEVEDO NAVIA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 763028 Identificación CC 66809947

Ordenes de Examenes

21 junio 2017 15:53 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

∗ (Hora: 15:53) 881301 ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS Ubicación **Derecha**
Observaciones Paciente con sensación de masa en pared abdominal. Hay compromiso sensitivo posterior a cirugía de columna.

Firmado electrónicamente por **MARIA MERCEDES FAJARDO SANMARTIN** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: - Identificación CC 39779019

Nota Quirúrgica

12 junio 2017 14:53 - *(ANGIOGRAFÍA)*

038200 NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD

Fecha: 12 jun. 2017 14:53
Lateralidad: Derecha **Medico:** MARIA MERCEDES FAJARDO SANMARTIN
Dx Principal: M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

Descripción de acto quirúrgico / hallazgos

ASA **2** Tipo de Cirugia **Electiva** Tipo de Herida **Limpia** Tiempo de Cirugia **0**min Profilaxis **NINGUNA**
SEDACION CON 5 MG ED MIDAZOLAM

PREVIA ASEPISA Y ANTISEPSIA, CON EL PACIENTE EN DECÚBITO PRONO, SE UBIUCAN CUERPOS VERTEBRALES DE L2 Y L4 BAJO FLUOROSCOPIA. SE INFILTRA PIEL Y TCS A 8 CM LATERAL DERECHO DE LINEA MEDIA EN CADA UNO DE ESOS NIVELES. SE PUNCIONA COPN AGUJA CHIOBA NO 22 HASTA LOCALIZAR SU PUNTA EN CARA ANTEROLATERAL DEL CUERPO VERTEBRAL DE L2. LO9 MISMO SE HACE EN LO4. SE APLICAN 1 CC DE MEDIO DE CONT5RASTE EN CADA AGUJA PARAVERIUFICAR CORRECTA POSICIÓN. SE APLICAN 10 CC DE BUPIVACAINA AL 0.,5% SE EN CADA UNBO DE LOS NIVELES. SE RETIRAN AGUJAS.

PROCEDIMIENTO SIN COMP0LICACIONES.

SE TRASLADA A RECUPERCIÓN. DOLOR QUE ESTABA EN 6/10 DESAPARECE. DISESTESIAS EN LA PIERNA DERECHA TAMBIÉNJ DESAPARECEN.
Muestras

enviadas a patología:
NA
Complicaciones:
NO

Colaboradores

Cirujano 1 (Ppal): FAJARDO SANMARTIN MARIA MERCEDES

Firmado electrónicamente por **MARIA MERCEDES FAJARDO SANMARTIN** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: - Identificación CC 39779019

Control de Medicamentos

12 junio 2017 14:17 - *(ANGIOGRAFÍA)*

∗ 12 Jun 2017 14:17 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB 1323 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DERLY ZUÑIGA VELASCO** -- RECUPERADORA
Identificación CC 29349555

12 junio 2017 14:42 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Observaciones: Anestesia local (Dra Fajardo)

∗ 12 Jun 2017 14:40 ROXIcaina SIMPLE 2% (20 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INTRADÉRMICA

Observaciones: Durante el procedimiento (Dra Fajardo)

∗ 12 Jun 2017 14:45 DORMICUM 5 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **YINETH ALEJANDRA MORENO PUERTA** -- CIRCULANTE
Identificación CC 38556128

12 junio 2017 14:46 - *(ANGIOGRAFÍA)*

Observaciones: Para realizar bloqueo (Dra Fajardo)

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

*	12 Jun 2017 14:45	bupiROP	SIMPLE	0,5%	(5 mg	/	1 mL)SOLUCION	INYECTABLE	AMPOLLA	x	10 mL	2 AMPOLLA	Via	INFILTRACIÓN

Firmado electrónicamente por **YINETH ALEJANDRA MORENO PUERTA** -- CIRCULANTE
Identificación CC 38556128

Diagnósticos de Egreso

	Localización	**Tipo DX**
-- (M511) TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	Derecha	Confirmado Repetido

Firmado electrónicamente por **NORBY MILENA ACEVEDO NAVIA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 763028 Identificación CC 66809947

Salida Urgencias

Estado vital al salir **Vivo** Estado al salir Destino al salir **Domicilio**

Fecha y hora de salida **12 jun. 2017 15:14** Remitido a

Medio de trasporte

Fórmulas Médicas

Recomendación Médica

CONTROL POR CONSULTA EN ANGIOGRAFIA PROXIMO MIERCOLES 21 A LAS 11 AM.

Firmado electrónicamente por **MARIA MERCEDES FAJARDO SANMARTIN** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: - Identificación CC 39779019

Datos de Enfermeria

Dispositivos Invasivos

Firmado Electrónicamente por **FAJARDO SANMARTIN MARIA MERCEDES**

Identificación **CC 39779019**
Especialidad **ANESTESIOLOGIA**
Tarjeta Profesional **-**

Clínica Imbanaco
Grupo quirónsalud

Historia Clínica de la Atención

CIRUGIA

Dirección: **Carrera 38 BIS 5B2-04. SEDE PRINC 3**
Teléfono Directo: **5550** -- Conmutador: **5544**

Atención No.**9795629**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **51 Años 9 Meses 11 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **03-ago.-2017 8:00**	Fecha y hora de Atención **03-ago.-2017 7:22**
El paciente se moviliza por sus propios medios?	Medio de trasporte
Estado de llegada	Procedencia
Llegó remitido de	

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Alérgicos	- 10/03/2017 06:46 p. m. - hidromorfona 29/12/2016 10:05 a. m. - dipirona(Reg: 03 Ago 2017 19:35:)
Alérgicos	- HIDROMORFONA(Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2017 10:56:)
Patológicos	- hta, dm tipo ii, rge, sinusitis, hepatitis, gastritis, extabaquismo, insomnio, trastorno de ansiedad y dificil manejo del dolor(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Farmacológicos	- Pregabalina y Palexis Retard(Reg: 12 Jun 2017 14:02:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	- pregabalina 150 mg cada 12 horas, amitriptilina 1/4 tab al dia, esomeprazol, losartan 50 mg cada 12 horas, hipoglicemiantes orales, zopiclona 15 mg/noche(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Transfusiones	- (Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Otros	- SIN DATO
Otros	- no refiere

Signos vitales

Fecha	P. A.	PAM	P. Pulm.	PPM	PVC	Temp °C	F.Card.	F. Resp	Sat O2	FIO2
03/ago./2017 08:00	121/75		/				78		98	
03/ago./2017 09:00	71/47		/				60		98	
03/ago./2017 10:03	106/60		/				7		99	
03/ago./2017 11:14	91/55		/				69		98	
03/ago./2017 11:38	91/55		/				69		98	
03/ago./2017 12:07	96/54		/				70		99	
03/ago./2017 12:15	103/61		/			34.8	71		83	
03/ago./2017 12:20	99/62		/				71		98	
03/ago./2017 12:30	99/55		/				70		98	
03/ago./2017 12:45	102/58		/				70		98	
03/ago./2017 13:00	111/67		/				68		98	
03/ago./2017 13:15	77/49		/				72		93	
03/ago./2017 13:40	93/56		/				72		91	
03/ago./2017 13:40	101/55		/				70		95	
03/ago./2017 14:05	89/56		/				70		95	
03/ago./2017 14:15	93/56		/				72		99	
03/ago./2017 14:30	90/56		/				68		95	
03/ago./2017 14:45	97/57		/				69		99	
03/ago./2017 15:00	102/58		/				70		98	
03/ago./2017 16:00	101/66		/				68		92	

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- **(M431) ESPONDILOLISTESIS**		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Notas de Evolución

03 agosto 2017 11:38 - *(CIRUGIA)*

Día de Hospitalización No.1

ANESTESIOLOGIA
Paciente JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA de 51 años, DX: POP CORRECCION DE ESPONDILOLISTESIS ESPONDILOLISIS L5 BILATERAL, con
dos cirugías previas a la de hoy las cuales han sido
14. Febrero 2017: EXPLORACION Y DESCOMPRESION CANAL RAQUIDEO. OSTEOTOMIA VERTEBRAL VIA ANTERIOR Y POSTERIOR. ARTRODESIS DE REGION LUMBOSCARA CON INSTRUMENTACION MODULAR (Dr. Casas)
10 Marzo 2017: REFUSION DE COLUMNA LUMBAR V IA POSTERIOR CON INJERTO. Se encontró en esta cirugía Compresión residual lateral osea por seroma cicatrizal. Duramadre integra sin fistula de LCR
Hoy se realiza REVISION DE INSTRUMENTACION, RETIRO DE CLAVO FRACTURADO Y REFUSION DE COLUMNA LUMBOSACRA. El clavo fracturado equeda en cadena de custodia (Coordinación Salas de Cirugía) para análisis por Medtronic.ANESTESIA
COMORBILIDADES: HTA, DM TIPO II, RGE, SINUSITIS, HEPATITIS, GASTRITIS, EXTABAQUISMO, INSOMNIO, TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DIFICIL MANEJO DEL DOLOR.
TRATAMIENTO ACTUAL: Pregabalina 150 mg cada 12 horas, Amitriptilina 1/4 tab al dia, Esomeprazol, LOsartan 50 mg cada 12 horas, Hipoglicemiantes orales, Zopiclona 15 mg/noche
ANESTESIA GENERAL EV (Precedex, Remifentanyl, Propofol)SIN COMPLICACIONES. Sangrado aproximado 200 cc. LEV administrados 1750cc de solución Plasmaequivalente.
Se dejan ordenes medicas (Medicamentos por conciliación, 3 dosis adicionales de Antibiotico, analgesia EV)

Firmado electrónicamente por **GLORIA CECILIA SILVA GORDILLO** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: 3272 Identificación CC 31916781

Ordenes de Medicamentos

03 agosto 2017 11:41 - *(CIRUGIA)*

* kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 2 gr
  Observaciones: Vía: ev Frecuencia:CADA 6 HORAS A PARTIR DE LAS 6 PM DEL DIA 3 DE AGOSTO 2017 Dilución:

* oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 10 AMP
  Observaciones: Vía: EV DILUIR 10 AMP EN 100 CC DE SOLUCION SALINA Y PASAR EN INFUSION CONTINUA 1 CC/HORA

* ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO **Dosificación**: 40 MG

Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: CADA 12 HORAS Dilución:

* RANITIDINA CLORHIDRATO 50 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 Ml **Dosificación**: 50 MG
Observaciones: Vía: EV Frecuencia: CADA 8 HORAS

* ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA **Dosificación**: 1
Observaciones: UNA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS.

* PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 100 MG
Observaciones: Vía: EV Frecuencia: CADA 8 HORAS Dilución:

* ALPRazolam 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: 0.5 MG
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: EN LA NOCHE

* BISACODIL 5 mg TABLETA DE LIBERACION RETARDADA **Dosificación**: 5 MG
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: EN LA NOCHE Dilución:

Firmado electrónicamente por **GLORIA CECILIA SILVA GORDILLO** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: 3272 Identificación CC 31916781

Ordenes Generales

03 agosto 2017 11:51 - *(CIRUGIA)*

Avisar cambios a Dr(a) al tel: CIRUJANO: DR. CASAS ANESTESIOLOGO: DRA GLORIA SILVA
Control de signos vitales
Deambulación
Dieta completa
Plan de líquidos E.V.(Vol/Concent/FM) LEV DE MANTENIMIENTO SOLUCION SALINA 100CC/HORA
Retiro sonda vesical MAÑANA EN LA MAÑANA
Traslado a: HOSPITALIZACION

Firmado electrónicamente por **GLORIA CECILIA SILVA GORDILLO** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: 3272 Identificación CC 31916781

Nota Quirúrgica

03 agosto 2017 12:39 - *(CIRUGIA)*

030207 EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO (EXCEPTO SEGMENTO CERVICAL) Y RAICES ESPINALES POR FORAMINOTOMIA POSTERIOR

Fecha: 03 ago. 2017 12:39
Lateralidad: No Aplica **Medico:** GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

810924 REFUSION DE COLUMNA LUMBAR VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INJERTO E INSTRUMENTACION

Fecha: 03 ago. 2017 12:39
Lateralidad: No Aplica **Medico:** GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

Descripción de acto quirúrgico / hallazgos

ASA **3** Tipo de Cirugia **Electiva** Tipo de Herida **Limpia** Tiempo de Cirugia **0**min Profilaxis
PREVIA ASEPSIA DEL CAMPO QUIRURGICO, ALCOHOL Y DURAPREP
ABORDAJE SOBRE CICATRIZ ANTERIOR
BAJO VISION MICROSCOPICA CON LUPAS
DISECCION POR PLANOS, ENCONTRNADOSE SEVERA FIBROSIS EN TODO EL TRAYECTO DE LA MUSCULATURA, LAMINAS, TRANSVERSAS LO CUAL HACE MUY DIFICIL LA DISECCION
BAJO INTENSIFICADOR DE IMAGENES SE UBICAN LOS NIVELES
SE ENCUENTRAN LOS TORNILLOS CON AFLOJAMIENTO (LOS 4)
SE PROCEDE A RETIRO DE LOS TORNILLOS Y LAS BARRAS
EL FRAGMENTO DEL TORNILLO QUE ESTABA ROTO (S1 DER), NO SE PUEDE RETIRAR COMO SE LE HABIA EXPLICADO AL PACIENTE PREVIAMENTE
SE REUBICAN LOS TORNILLOS DE S1 Y LOS TORNILLOS DE L5 SE CAMBIAN POR TORNILLOS DE 7.5
SE PROCEDE A LA FIJACION ED LAS BARRAS (2) CON 4 CONTRATORNILLOS (SISTEMA MEDTRONIC-ISO)
SE REALIZA FORMAINOTOMIA BILATERAL L5-S1 DEJANDO LIBRES LAS RAICES
SE TOMAN INJERTOS DE CRESTA ILIACA POR INCISION ADYACENTE SUBCUTANEAMENTE Y SE MEZCLAN CON 10 CC DE MATRIX OSEA
SE PREPARA EL LECHO PARA COLOCA EL INJERTOS CON DECORTICACION DEL ALERO ILIACO Y TRANVERSA

SE COLOCAN LOS INJERTOS BILATERALMENTE
SE COLOCA 2 FRASCOS DE VANCOMICINA TOPICA
CIERRE POR PLANOS
EL INSTRUMENTAL RETIRADO SE DEJA EN CUSTODIA CONEL JEFE DE CIRUGIA
SE DEJA DREN TIPO BLAKE
SE CUBRE HERIDA CON PAD+TEGADER DE 25 CMS
Cantidad de sangrado aproximado (cc): 300
Muestras

enviadas a patología:
NO
Complicaciones:
FIBROSIS POP SEVERA

Colaboradores

Cirujano 2: GONZALEZ TENORIO MARIO GERMAN
Cirujano 1 (Ppal): CASAS CASTILLO GERARDO
Anestesiologo 1: SILVA GORDILLO GLORIA CECILIA

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Control de Medicamentos

03 agosto 2017 09:23 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 03 Ago 2017 09:23 PROPOFOL 1% (10 mg / 1 mL) EMULSION INYECTABLE AMPOLLA x 50 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 09:24 - *(CIRUGIA)*

* 03 Ago 2017 09:24 MULTIELECTROLITOS TIPO 1 SOLUCION INYECTABLE BOLSA PEBD x 500mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 03 Ago 2017 09:24 EFFORTIL 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

* 03 Ago 2017 09:24 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB2323 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 09:26 - *(CIRUGIA)*

* 03 Ago 2017 09:26 DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 09:27 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: CON PRECEDEX

* 03 Ago 2017 09:27 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 09:28 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 03 Ago 2017 09:28 ROXICAINA 2% (20 mg/ 1 mL) JALEA TUBO x 30 mL 1 AMPOLLA Via URETRAL

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 03 Ago 2017 09:28 ESMERON 50 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 09:29 - *(CIRUGIA)*

* 03 Ago 2017 09:29 NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia
* 03 Ago 2017 09:29 AGUA ESTERIL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL. 1 AMPOLLA Via OTROS

* 03 Ago 2017 08:05 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 09:30 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: Ver registro de anestesia
* 03 Ago 2017 09:30 PRECEDEX 200 mcg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE VIAL x 2 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia
* 03 Ago 2017 09:30 DORMICUM 5 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 09:31 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: MESA QX
* 03 Ago 2017 09:31 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 AMPOLLA Via OTROS

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 09:33 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: DR. CASAS
* 03 Ago 2017 09:33 BUPIVAcaina 0,5% EPINEFRINA 1:200.000 SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

* 03 Ago 2017 09:33 ROXIcaina SIMPLE 2% (20 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 09:51 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: Ver registro de anestesia
* 03 Ago 2017 09:51 TRANEXAM 500 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia
* 03 Ago 2017 09:51 TRANEXAM 500 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia
* 03 Ago 2017 09:51 PROPOFOL 1% (10 mg / 1 mL) EMULSION INYECTABLE AMPOLLA x 50 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 10:41 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: Ver registro de anestesia
* 03 Ago 2017 10:41 PRECEDEX 200 mcg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE VIAL x 2 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: CON PRECEDEX
* 03 Ago 2017 10:41 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 10:43 - *(CIRUGIA)*
* 03 Ago 2017 10:43 MULTIELECTROLITOS TIPO 1 SOLUCION INYECTABLE BOLSA PEBD x 500mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 10:46 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: CON OXIRAPID 100 mg PARA ANALGESIA
* 03 Ago 2017 10:46 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: PARA ANALGESIA
* 03 Ago 2017 10:46 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: PARA ANALGESIA
* 03 Ago 2017 10:46 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: PARA ANALGESIA
* 03 Ago 2017 10:46 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: PARA ANALGESIA
* 03 Ago 2017 10:46 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 10:47 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: PARA ANALGESIA
* 03 Ago 2017 10:47 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: PARA ANALGESIA
* 03 Ago 2017 10:47 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: PARA ANALGESIA
* 03 Ago 2017 10:47 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: PARA ANALGESIA
* 03 Ago 2017 10:47 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: PARA ANALGESIA
* 03 Ago 2017 10:47 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: PARA ANALGESIA
* 03 Ago 2017 10:47 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 11:43 - *(CIRUGIA)*
* 03 Ago 2017 11:43 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via TÓPICA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 11:44 - *(CIRUGIA)*
* 03 Ago 2017 11:44 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via TÓPICA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 11:58 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia
* 03 Ago 2017 11:58 PROPOFOL 1% (10 mg / 1 mL) EMULSION INYECTABLE VIAL x 20 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia
* 03 Ago 2017 11:59 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 11:59 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia
* 03 Ago 2017 11:59 DEXAmetasona FOSFATO 4 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia
* 03 Ago 2017 11:59 DEXAmetasona FOSFATO 4 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 12:02 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

*	03 Ago 2017 12:02	DEXAmetasona FOSFATO ENDOVENOSA	4 mg	/	1 mL	SOLUCION	INYECTABLE	AMPOLLA	x	1 mL		1 AMPOLLA	Via

Observaciones: Ver registro de anestesia

*	03 Ago 2017 12:02	DEXAmetasona FOSFATO ENDOVENOSA	4 mg	/	1 mL	SOLUCION	INYECTABLE	AMPOLLA	x	1 mL		1 AMPOLLA	Via

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 12:10 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: REFUERZO EN GOTEO

*	03 Ago 2017 12:00	kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL	1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 12:22 - *(CIRUGIA)*

*	03 Ago 2017 12:22	MULTIELECTROLITOS TIPO 1 ENDOVENOSA				SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	PEBD	x	500mL		1 AMPOLLA	Via

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 12:42 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: REFUERZO EN GOTEO

*	03 Ago 2017 12:00	kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL	1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIA NATALIA MATEUS LEGUIZAMO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 67011930

03 agosto 2017 16:06 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Vía: EV Frecuencia: Dilución: A 250CC SSN

*	03 Ago 2017 14:02	PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL	1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Vía: EV Frecuencia: Dilución:

*	03 Ago 2017 14:03	CLORURO DE SODIO ENDOVENOSA			0,9%	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	250 mL	REF:ARB1322	1 BOLSA	Via

Firmado electrónicamente por **ANA MARIA YUSTI ARIAS** -- RECUPERADORA
Identificación CC 1151944969

Diagnósticos de Egreso

	Localización	Tipo DX
-- **(M431) ESPONDILOLISTESIS**		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Notas Aclaratorias

03 agosto 2017 14:45 - *(CIRUGIA)*

13:00 SE INFORMA A LA DRA. GLORIA SILVA QUE EL PACIENTE REFIERE EVA DE 10/10. LA DRA LO VALORA Y ORDENA PROFENID 100mg. E.V. DILUIDOS. Y LE ADMINISTRA GOTEO DE PRECEDEX 0.2mcg/K/HR.

16;00 DRA. GLORIA SILVA RETIRA GOTEO DE PRECEDEX. Y ORDENA TRASLADO A HOSPITALIZACION.

Firmado electrónicamente por **LILIANA POMBO BENAVIDES** -- RECUPERADORA
Identificación CC 38671169

Datos de Enfermeria

Dispositivos Invasivos

Firmado Electrónicamente por **CASAS CASTILLO GERARDO**
Identificación **CC 16629449**
Especialidad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**
Tarjeta Profesional **11654**

Clínica Imbanaco
Grupo quirónsalud

Historia Clínica de la Atención

HOSPITALIZACION

Dirección: **CRA. 38A NO. 5A - 100. TORRE A Ninguno**
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **1320**

Atención No.**9795629**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **51 Años 9 Meses 12 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **03-ago.-2017 17:49**
Fecha y hora de Atención **03-ago.-2017 17:50**
El paciente se moviliza por sus propios medios? **No**
Medio de trasporte
Estado de llegada **Alerta**
Procedencia **Cirugia**
Llegó remitido de

Causa de Consulta y Anamnesis

Causa del evento: **motivo de consulta: cirugia programada**
Fecha de ocurrencia: Tiempo de evolución: **1 Días** Tipo de evento: **Enfermedad General**
Tipo consulta PyP: Sito de ocurrencia:

Enfermedad Actual - (Anamnesis)

enfermedad actual: paciente con cuadro de dolor lumbar, cronico, tiene diagnostico de pop correccion de espondilolistesis espondilolisis l5 bilateral, con dos cirugías previas a la de hoy las cuales han sido:
14. febrero 2017: exploracion y descompresion canal raquideo. osteotomia vertebral via anterior y posterior. artrodesis de region lumboscara con instrumentacion modular (dr. casas)
10 marzo 2017: refusion de columna lumbar v ia posterior con injerto. se encontró en esta cirugía compresión residual lateral osea por seroma cicatrizal. duramadre integra sin fistula de lcr
hoy se realiza revision de instrumentacion, retiro de clavo fracturado y refusion de columna lumbosacra.
revision de sintomas por sistemas: negativo
antecedentes:
patologicos: hta, dm tipo ii, rge, sinusitis, hepatitis, gastritis, extabaquismo, insomnio, trastorno de ansiedad y dificil manejo del dolor.
farmacologicos: pregabalina 150 mg cada 12 horas, amitriptilina 1/4 tab al dia, esomeprazol, losartan 50 mg cada 12 horas, hipoglicemiantes orales, zopiclona 15 mg/noche
nota quirurgica:
previa asepsia del campo quirurgico, alcohol y duraprep
abordaje sobre cicatriz anterior
bajo vision microscopica con lupas
diseccion por planos, encontrnadose severa fibrosis en todo el trayecto de la musculatura, laminas, transversas lo cual hace muy dificil la diseccion
bajo intensificador de imagenes se ubican los niveles
se encuentran los tornillos con aflojamiento (los 4)
se procede a retiro de los tornillos y las barras
el fragmento del tornillo que estaba roto (s1 der), no se puede retirar como se le habia explicado al paciente previamente
se reubican los tornillos de s1 y los tornillos de l5 se cambian por tornillos de 7.5
se procede a la fijacion ed las barras (2) con 4 contratornillos (sistema medtronic-iso)
se realiza formainotomia bilateral l5-s1 dejando libres las raices
se toman injertos de cresta iliaca por incision adyacente subcutaneamente y se mezclan con 10 cc de matrix osea
se prepara el lecho para coloca el injertos con decorticacion del alero iliaco y tranversa
se colocan los injertos bilateralmente
se coloca 2 frascos de vancomicina topica
cierre por planos
el instrumental retirado se deja en custodia conel jefe de cirugia
se deja dren tipo blake
se cubre herida con pad+tegader de 25 cms

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Alérgicos	Alergias :
Alérgicos	- 10/03/2017 06:46 p. m. - hidromorfona 29/12/2016 10:05 a. m. - dipirona(Reg: 03 Ago 2017 19:35:)
Alérgicos	- HIDROMORFONA(Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2017 10:56:)
Patológicos	- hta, dm tipo ii, rge, sinusitis, hepatitis, gastritis, extabaquismo, insomnio, trastorno de ansiedad y dificil manejo del dolor(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Farmacológicos	- Pregabalina y Palexis Retard(Reg: 12 Jun 2017 14:02:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	- pregabalina 150 mg cada 12 horas, amitriptilina 1/4 tab al dia, esomeprazol, losartan 50 mg cada 12 horas, hipoglicemiantes orales, zopiclona 15 mg/noche(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Transfusiones	- (Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							

Signos vitales

Fecha	P. A.	PAM	P. Pulm.	PPM	PVC	Temp °C	F.Card.	F. Resp	Sat O2	FIO2
03/ago./2017 18:00	106/66		/			35.1	71	18	92	
03/ago./2017 19:31	130/80		/			36	77	19	99	
03/ago./2017 19:38	130/80		/			36	77	19	99	
03/ago./2017 21:44	106/66		/			35.1	71	18	92	
03/ago./2017 22:07	121/84		/			36.4	79	18	95	
04/ago./2017 05:36	110/63		/			36.1	87	20	94	
04/ago./2017 09:00	109/61		/			36.2	82	19	97	
04/ago./2017 09:35	110/63		/			36.1	87	20	94	
04/ago./2017 14:32	109/61		/			36.2	82	19	97	
04/ago./2017 16:00	133/86		/			35.7	86	20	98	
04/ago./2017 21:02	133/86		/			35.7	86	20	98	
04/ago./2017 21:30	133/86		/			35.7	86	20	98	
04/ago./2017 22:00	149/90		/			36.3	87	20	98	
05/ago./2017 05:36	94/55		/			35.9	76	20	95	

	05/ago./2017 09:00	128/80		/			36.5	20		0	
	05/ago./2017 12:00	128/80		/			36.5	20		0	
	05/ago./2017 17:13	143/88		/			36	96	19	99	
	05/ago./2017 22:48	146/95		/			36	68	20	98	
	06/ago./2017 05:44	104/63		/			35.4	80	18	94	
	06/ago./2017 11:05	130/85		/			36	89	20	96	
	06/ago./2017 16:23	130/85		/			36	89	20	96	
	06/ago./2017 16:44	130/88		/			36	86	20	97	
	06/ago./2017 21:10	145/88		/			35.7	82	18	96	
	07/ago./2017 05:47	104/63		/			36.4	74	20	95	
	07/ago./2017 09:02	150/97		/			36	90	18	95	
	07/ago./2017 12:18	150/97		/			36	90	18	95	
	07/ago./2017 15:13	136/104		/			36.3	87	20	95	

Examen Físico

03 agosto 2017 19:31 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

Estado General.	**Alerta, hidratada, afebril, no disnea**
Cabeza.	**normocefalico**
Boca y Faringe.	**mucosas húmedas y rosadasa**
Cuello.	**móvil, no masas**
Tórax.	**ruidos cardiacos rítmicos, no soplos pulmones ventilados, sin agregados**
Abdomen.	**blando, depresible, no masas, no megalias, herida en región lumbar cubierto, tiene dren pera**
Genito - Urinario.	**se omite**
Musculo-esquelético.	**pulsos+, llenado capilar menor de 1 segundo, sensibilidad y motricidad conservada**
Neurológico.	**glasglow 15/15**
Piel.	**sin alteracion**
Analisis.	**se hospitaliza en piso par manejo medico analgésico, observación.**

Firmado electrónicamente por **LEONARDO ATEHORTUA ROJAS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 765176-11 Identificación CC 1130606340

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **CRISTIAN MAURICIO QUESADA CORREA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1143359366 Identificación CC 1143359366

Notas de Evolución

03 agosto 2017 19:38 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.1
Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS. POP INMEDIATO, PTE ALERTA, SIN DOLOR RADICULAR, SIN DEFICIT ENUROLOGICO, PUDE GIRARSE EN LA CAMA SIN PROBLEMA, HERIDA SIN SANGRADO ACTIVO, NO DEFICULTAD RESPIRATORIA
PLAN REITRO SE SONDA VESICAL
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

04 agosto 2017 09:35 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.2

ANESTESIOLOGIA
Paciente JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA de 51 años, DX: POP CORRECCION DE ESPONDILOLISTESIS ESPONDILOLISIS L5 BILATERAL, con
dos cirugías previas a la de hoy las cuales han sido
1er dia POP 3 Cirugia de Exploración, REvision, Descompresión de Canal Raquideo, Retiro de Calvo Fracturado y Refusion de Columna Lumbosacra.
Analgesia Multimodal con Oxyrapid en infusión continua con excelente control del dolor.
Hoy se ajusta terapia analgésica, se indica terapia física 2 sesiones en el dia y movilización. Se ajusta tratamiento medico.

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **GLORIA CECILIA SILVA GORDILLO** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: 3272 Identificación CC 31916781

04 agosto 2017 14:32 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*
Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS. PACIENTE EN POP DE REVISION DE ARTRODESIS LUMBAR, CON BUENA EVOLCUION, YA DEAMBULÓ, NO DOLOR RADICULAR, REFIERE DOLOR EN EL SITIO DE L AHERIDA QUIRURGICA, NO DEFICIT NEUROLOGICO, NO DOIFICULTAD RESPIRATORIA
DRENAJE POR HEMOVAC 110 CC EN 24 HORAS
IGUAL MANEJO
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

04 agosto 2017 21:02 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*
Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS

PACIENTE EN POP DE REVISION DE ARTRODESIS LUMBAR, CON BUENA EVOLCUION, YA DEAMBULÓ, NO DOLOR RADICULAR, DOLOR EN EL SITIO DE LA HERIDA QUIRURGICA, NO DEFICIT NEUROLOGICO, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA
REFIERE VARIOS DIAS SIN PODER REALIZAR DEPOSICION SE COMENTA CON DR CASAS QUIEN AUTORIZA ENEMA RECTAL
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA ARROYO ALVAREZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1902288 Identificación CC 67022056

05 agosto 2017 12:00 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*
Día de Hospitalización No.3

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS. REFIERE SENTIRSE MUY BIEN CON CONTROL ADECUADO DEL DOLOR, SOIN DEFICIT NEUROLOGICO, HERIDA LIMPIA
DRENAJE MUY ACTIVO AUN
CONTINUA IGUAL MANEJO
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

06 agosto 2017 16:23 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*
Día de Hospitalización No.4

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS. AFEBRIL, ALERTA, HERIDA LIMPIA, SE MOVILIZA SIN DOLOR, CONTINUAR DRENANDO MAS DE 100 CC EN 24 HORAS POR EL HEMOVAC.
IGUAL MANEJO
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

07 agosto 2017 12:18 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*
Día de Hospitalización No.5

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS. SE LE SALIÓ AYER EL DREN, POR LA HERIDA DEL MISMO A DRENADO EN MODERADA CANTIDAD ANOCHE PERO YA ESTA RELATIVAMENTE SECO, NO DOLOR, NO DEFICIT, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA. SE DA DE ALTA
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Nota de Egreso

07 agosto 2017 12:22 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*
enfermedad actual: paciente con cuadro de dolor lumbar, cronico, tiene diagnostico de pop correccion de espondilolistesis

espondilolisis l5 bilateral, con dos cirugías previas a la de hoy las cuales han sido:
14. febrero 2017: exploracion y descompresion canal raquideo. osteotomia vertebral via anterior y posterior. artrodesis de region lumboscara con instrumentacion modular (dr. casas)
10 marzo 2017: refusion de columna lumbar v ia posterior con injerto. se encontró en esta cirugía compresión residual lateral osea por seroma cicatrizal. duramadre integra sin fistula de lcr
hoy se realiza revision de instrumentacion, retiro de clavo fracturado y refusion de columna lumbosacra.
revision de sintomas por sistemas: negativo
antecedentes:
patologicos: hta, dm tipo ii, rge, sinusitis, hepatitis, gastritis, extabaquismo, insomnio, trastorno de ansiedad y dificil manejo del dolor.
farmacologicos: pregabalina 150 mg cada 12 horas, amitriptilina 1/4 tab al dia, esomeprazol, losartan 50 mg cada 12 horas, hipoglicemiantes orales, zopiclona 15 mg/noche
nota quirurgica:
previa asepsia del campo quirurgico, alcohol y duraprep
abordaje sobre cicatriz anterior
bajo vision microscopica con lupas
diseccion por planos, encontrnadose severa fibrosis en todo el trayecto de la musculatura, laminas, transversas lo cual hace muy dificil la diseccion
bajo intensificador de imagenes se ubican los niveles
se encuentran los tornillos con aflojamiento (los 4)
se procede a retiro de los tornillos y las barras
el fragmento del tornillo que estaba roto (s1 der), no se puede retirar como se le habia explicado al paciente previamente
se reubican los tornillos de s1 y los tornillos de l5 se cambian por tornillos de 7.5
se procede a la fijacion ed las barras (2) con 4 contratornillos (sistema medtronic-iso)
se realiza formainotomia bilateral l5-s1 dejando libres las raices
se toman injertos de cresta iliaca por incision adyacente subcutaneamente y se mezclan con 10 cc de matrix osea
se prepara el lecho para coloca el injertos con decorticacion del alero iliaco y tranversa
se colocan los injertos bilateralmente
se coloca 2 frascos de vancomicina topica
cierre por planos
el instrumental retirado se deja en custodia conel jefe de cirugia
se deja dren tipo blake
se cubre herida con pad+tegader de 25 cms

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Ordenes de Examenes

07 agosto 2017 12:19 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* (Hora: 12:19) 871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA Ubicación **No Aplica**
Observaciones POP DE REVISION DE INSTRUMETACION L5-S1

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Ordenes de Medicamentos

03 agosto 2017 19:33 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* BISACODIL 5 mg TABLETA DE LIBERACION RETARDADA **Dosificación**: 5 MG
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: EN LA NOCHE Dilución:

* ALPRazolam 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: 0.5 MG
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: EN LA NOCHE

* PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 100 MG
Observaciones: Vía: EV Frecuencia: CADA 8 HORAS

* RANITIDINA CLORHIDRATO 50 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 Ml **Dosificación**: 50 MG
Observaciones: Vía: EV Frecuencia: CADA 8 HORAS

* ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA **Dosificación**: 1
Observaciones: UNA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS.

* ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO **Dosificación**: 40 MG
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: CADA 12 HORAS Dilución:

* kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 2 gr
  Observaciones: Vía: ev Frecuencia:CADA 6 HORAS A PARTIR DE LAS 6 PM DEL DIA 3 DE AGOSTO 2017 Dilución:

* oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 10 AMP
  Observaciones: Vía: EV DILUIR 10 AMP EN 100 CC DE SOLUCION SALINA Y PASAR EN INFUSION CONTINUA 1 CC/HORA

Firmado electrónicamente por **LEONARDO ATEHORTUA ROJAS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 765176-11 Identificación CC 1130606340

03 agosto 2017 21:44 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* RANITIDINA CLORHIDRATO 50 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 Ml **Dosificación**: 50 MG
  Observaciones: Vía: EV Frecuencia: CADA 8 HORAS
  Suspendido por: se deja omeprazol

Firmado electrónicamente por **HUGO FERNANDO CASTRO DELGADO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 8825/2015 Identificación CC 1061684941

04 agosto 2017 09:33 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* LYRICA 150 mg CAPSULA **Dosificación**: 150 mg
  Observaciones: Vía:oral Frecuencia: cada 12 horas Dilución:

* SINALGEN 5 mg + 325 mg TABLETA **Dosificación**: 1 tab
  Observaciones: Vía: oral Frecuencia: cada 8 horas Dilución:

* AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA **Dosificación**: 1/2 tab
  Observaciones: Vía: oral Frecuencia: cada 8 horas Dilución:

* ZOPICLONA 7,5 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación**: 7.5 mg
  Observaciones: Vía: oral Frecuencia: en la noche Dilución:

* RIVOTRIL 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: 0.5MG
  Observaciones: VO CADA 24 HORAS

Firmado electrónicamente por **GLORIA CECILIA SILVA GORDILLO** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: 3272 Identificación CC 31916781

04 agosto 2017 14:33 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* RIVOTRIL 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: 0.5MG
  Observaciones: VO CADA 24 HORAS

* ZOPICLONA 7,5 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación**: 7.5 mg
  Observaciones: Vía: oral Frecuencia: en la noche Dilución:

* AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA **Dosificación**: 1/2 tab
  Observaciones: Vía: oral Frecuencia: cada 8 horas Dilución:

* SINALGEN 5 mg + 325 mg TABLETA **Dosificación**: 1 tab
  Observaciones: Vía: oral Frecuencia: cada 8 horas Dilución:

* LYRICA 150 mg CAPSULA **Dosificación**: 150 mg
  Observaciones: Vía:oral Frecuencia: cada 12 horas Dilución:

* oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 10 AMP
  Observaciones: Vía: EV DILUIR 10 AMP EN 100 CC DE SOLUCION SALINA Y PASAR EN INFUSION CONTINUA 1 CC/HORA

* RANITIDINA CLORHIDRATO 50 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 Ml **Dosificación**: 50 MG
  Observaciones: Vía: EV Frecuencia: CADA 8 HORAS

* ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA **Dosificación**: 1
  Observaciones: UNA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS.

* BISACODIL 5 mg TABLETA DE LIBERACION RETARDADA **Dosificación**: 5 MG
  Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: EN LA NOCHE Dilución:

* ALPRazolam 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: 0.5 MG
  Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: EN LA NOCHE

* PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 100 MG
  Observaciones: Vía: EV Frecuencia: CADA 8 HORAS

* ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO **Dosificación**: 40 MG

Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: CADA 12 HORAS Dilución:

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

04 agosto 2017 21:02 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* travaD 2,5% (25 mg / 1 mL) SOLUCION RECTAL BOLSA x 1000 mL **Dosificación**: 1 enema
Observaciones: aplicar 1 enema via rectal ahora
Suspendido por: error de orden

* travaD (16 g + 6 g) / 100 mL SOLUCION RECTAL BOLSA x 133 mL **Dosificación**: 1 enema
Observaciones: aplicar 1 enema via rectal ahora
Suspendido por: error

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA ARROYO ALVAREZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1902288 Identificación CC 67022056

04 agosto 2017 21:30 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* travaD 2,5% (25 mg / 1 mL) SOLUCION RECTAL BOLSA x 1000 mL **Dosificación**: 1 enema
Observaciones: aplicar 1 enema via rectal ahora

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA ARROYO ALVAREZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1902288 Identificación CC 67022056

05 agosto 2017 12:00 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* SINALGEN 5 mg + 325 mg TABLETA **Dosificación**: 1 tab
Observaciones: Vía: oral Frecuencia: cada 8 horas Dilución:

* RANITIDINA CLORHIDRATO 50 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 Ml **Dosificación**: 50 MG
Observaciones: Vía: EV Frecuencia: CADA 8 HORAS
Suspendido por: ,

* ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA **Dosificación**: 1
Observaciones: UNA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS.

* AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA **Dosificación**: 1/2 tab
Observaciones: Vía: oral Frecuencia: cada 8 horas Dilución:

* BISACODIL 5 mg TABLETA DE LIBERACION RETARDADA **Dosificación**: 5 MG
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: EN LA NOCHE Dilución:

* ALPRazolam 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: 0.5 MG
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: EN LA NOCHE

* RIVOTRIL 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: 0.5MG
Observaciones: VO CADA 24 HORAS

* LYRICA 150 mg CAPSULA **Dosificación**: 150 mg
Observaciones: Vía:oral Frecuencia: cada 12 horas Dilución:

* PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 100 MG
Observaciones: Vía: EV Frecuencia: CADA 8 HORAS

* ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO **Dosificación**: 40 MG
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: CADA 12 HORAS Dilución:

* ZOPICLONA 7,5 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación**: 7.5 mg
Observaciones: Vía: oral Frecuencia: en la noche Dilución:

* oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 10 AMP
Observaciones: Vía: EV DILUIR 10 AMP EN 100 CC DE SOLUCION SALINA Y PASAR EN INFUSION CONTINUA 1 CC/HORA
Suspendido por: P0R ANESTESIOLOGIA

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

06 agosto 2017 16:24 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA **Dosificación**: 1
Observaciones: UNA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS.

* AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA **Dosificación**: 1/2 tab

Observaciones: Vía: oral Frecuencia: cada 8 horas Dilución:

* BISACODIL 5 mg TABLETA DE LIBERACION RETARDADA **Dosificación**: 5 MG
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: EN LA NOCHE Dilución:

* ALPRazolam 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: 0.5 MG
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: EN LA NOCHE

* RIVOTRIL 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: 0.5MG
Observaciones: VO CADA 24 HORAS

* LYRICA 150 mg CAPSULA **Dosificación**: 150 mg
Observaciones: Vía:oral Frecuencia: cada 12 horas Dilución:

* PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 100 MG
Observaciones: Vía: EV Frecuencia: CADA 8 HORAS

* SINALGEN 5 mg + 325 mg TABLETA **Dosificación**: 1 tab
Observaciones: Vía: oral Frecuencia: cada 8 horas Dilución:

* ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO **Dosificación**: 40 MG
Observaciones: Vía: ORAL Frecuencia: CADA 12 HORAS Dilución:

* ZOPICLONA 7,5 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación**: 7.5 mg
Observaciones: Vía: oral Frecuencia: en la noche Dilución:

* oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 10 AMP
Observaciones: Vía: EV DILUIR 10 AMP EN 100 CC DE SOLUCION SALINA Y PASAR EN INFUSION CONTINUA 1 CC/HORA

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

07 agosto 2017 12:18 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* SINALGEN 5 mg + 325 mg TABLETA **Dosificación**: 1 tab
Observaciones: Vía: oral Frecuencia: cada 8 horas Dilución:

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Ordenes Generales

03 agosto 2017 19:38 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

Retiro sonda vesical

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

04 agosto 2017 09:36 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

Terapia física 2 veces al dia
Otras ordenes: Disminuyo dosis de Oxyrapid a 0.2 mg hora

Firmado electrónicamente por **GLORIA CECILIA SILVA GORDILLO** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: 3272 Identificación CC 31916781

Notas de Enfermeria

03 agosto 2017 19:00 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

paciente con sonda vesical a libre drenaje

Firmado electrónicamente por **ADRIANA BIKY VILLARREAL MELO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29682913

03 agosto 2017 19:57 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

i18 hrs ingresa paciente adulto al servicio de hospitalización, paciente procedente del servicio de cirugía, en camilla, acompañado por su familiar y mensajero del servicio, consiente, despierto, alerta, activo, orientado en sus tres esferas mentales, apertura ocular espontanea, respuesta verbal y motora, tolerando oxígeno al medio ambiente, cuello móvil, tórax simétrico, acceso venoso en mano izquierda, permeable, sin signos de flebitis, pasando electrolitos y paso de analgesia, abdomen blando, sin dolor a la palpación, se observa herida quirúrgica en región trocante rica izquierda donde sale un dren pera con material sanguinolento, cubierta con apósito y micropore, limpio y seco, resto piel integra en región lumbosacra con espuma protectora , paciente con alto riesgo de caída, se deja sobre la cama, en su nivel más bajo, adicionalmente se brinda educación al paciente y su familiar sobre la importancia del llamado de enfermería oportuno, refiere entender.

Al ingreso se realiza toma y registro de signos vitales. se hace entrega de habitación con inventarios se hace pedido de dieta

NORMAS DEL SERVICIO: Se brinda educación al paciente y su familia sobre el funcionamiento general del servicio: visita desde las 10am a 8 pm. No se permite el ingreso de menores de 12 años. Paciente debe permanecer con acompañante 24 horas.
2.PREVENCION DE CAIDAS: Se dan recomendaciones a paciente y familiar sobre la prevención de caídas, por ello se les indica que el paciente tiene manilla de identificación con un Stiker color lila que lo identifica como paciente con riesgo de caída, se le explica que debe mantener la cama SIEMPRE en el nivel más bajo, las barandas de la cama SIEMPRE arriba y que debe usar el timbre de llamado de enfermería cuando necesite asistencia del personal de enfermería o requiera movilizarse, que el paciente debe permanecer SIEMPRE con un acompañante durante su hospitalización, los artículos personales y lo que requiera el paciente debe permanecer cerca de él, se informa al paciente y familiar sobre la importancia del autocuidado del paciente y seguir las medidas preventivas.
3. INFORMACIÓN PARA LA DISPOSICIÓN DE LOS RESIDUOS: Se explica sobre manejo de residuos, bolsa color verde: restos de alimentos + icopor + servilletas y demás residuos que tengan restos de alimentos; bolsa color gris: papel + cartulina + cartón + volantes (estos material es deben estar secos); bolsa color rojo: todo material que este contaminado con sangre o fluidos corporales del pacte.
4.INSTRUCCIONES ANTE EMERGENCIAS Y RUTA DE EVACUACION: Se explica sobre ruta de evacuación, salida de emergencia se encuentra al final del pasillo (puerta plateada), se debe abrir, encontrara unas escaleras y solo se usaran en caso de evacuación del piso, el punto de encuentro es en el parque que se encuentra al frente del éxito.
5.EDUCACION SOBRE HIGIENE DE MANOS: Se explica sobre la importancia del lavado de manos del paciente, familiar y personal de salud antes del contacto con el paciente, uso del alcohol glicerinado ubicado en la entrada de la habitación, para minimizar los riesgos de infección y colonización de bacterias.
6. INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO A SEGUIR PARA MANIFESTAR QUEJAS, SUGERENCIAS Y/O RECOMENDACIONES: Se realiza sensibilización del sistema de reporte de quejas y sugerencias y los canales por donde pueda realizarlas. (Personalmente, por el buzón de sugerencias, por internet en la página de Imbanaco)

entrego paciente en buena condiciones generales con un Glasgow de 15/15 con piel integra

Firmado electrónicamente por **ADRIANA BIKY VILLARREAL MELO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29682913

04 agosto 2017 00:12 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

03/08/2017 19:00 recibo paciente en cama despierto alerta con lenguaje espontaneo consiente orientado en sus tres esferas mentales, paciente acompañado por su familiar, se observa paciente tranquilo normocefalico, tolerando o2 ambiente, tórax con patrón respiratorio normal, en región lumbar herida quirúrgica cubierta limpia y seca, con salida de dren pera con contenido de líquido hemático, tiene sonda vesical drenando orina de características normales, moviliza sus extremidades sin dolor, tiene venopunción en radial izquierdo, con fecha de inserción vigente, pasando plan de lev ssn a 100cc/h por bomba de infusion, y medicamentos según orden medica, no presenta signos de flebitis, el resto de su piel integra.
21.50 se realiza control de signos vitales, se realiza debido registro en el siam, no refiere dolor, se retira sonda vesical previa técnica aséptica.
00:00 paciente en cama duerme a intervalos, elimina espontaneo 400cc de orina clara.

Firmado electrónicamente por **SAMUEL DAVID ARIAS YATACUE** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130641535

04 agosto 2017 06:53 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

paciente durante el resto de la noche pasa tranquilo, duerme a intervalos cortos no refiere dolor, refiere elimina espontaneo en buena cantidad, no hace deposición.
05:30 se realiza control de signos vitales se realiza registro en el Siam, durante la noche acepta y tolera vía oral y tratamiento farmacológico ordenado.
07.00 queda paciente en si habitación acompañado por su familiar, en iguales condiciones generales.

Firmado electrónicamente por **SAMUEL DAVID ARIAS YATACUE** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130641535

04 agosto 2017 10:00 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

le retiro compresor venoso por que paciente se moviliza

Firmado electrónicamente por **LEIVI YINETH AGRONO RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130945441

04 agosto 2017 12:21 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

Paciente no recibe dosis de amitriptilina refiere tomárselo en la noche

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

04 agosto 2017 16:06 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

7am recino paciente adulto de sexo masculino en cama con las 4 barandas de seguridad en alto, consiente, despierto, alerta, activo, orientado en sus tres esferas mentales, apertura ocular espontanea, respuesta verbal y motora, tolerando

oxígeno al medio ambiente, cuello móvil, tórax simétrico, acceso venoso en mano izquierda, 2 vias permeable, sin signos de flebitis, pasando goteo de analgesia a 0.2cch... y plan ssn a 100cch, abdomen globoso un poco tenso a la palpacion, se observa herida quirúrgica lumbar costado izquierdo cubierto con gasa y micropore por donde sale dren pera con producido serosanguinolento, limpio y seco, resto piel integra, paciente con alto riesgo de caída, se deja sobre la cama, en su nivel más bajo, adicionalmente se brinda educación al paciente y su familiar sobre la importancia del llamado de enfermería oportuno, refiere entender.
8am se le realiza toma de signos vitales registro valores en sistemas
12pm durante la mañana asisto en actividades y cuidados de enfermeria, baño en ducha, le realizo cambio de tendidos queda todo en orden, deambula dentro de la habitacion le administran medicacion segun horarios, recibe dieta en su totalidad tolera pasa con familiares

Firmado electrónicamente por **LEIVI YINETH AGRONO RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130945441

04 agosto 2017 18:29 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

durante la tarde pasa estable asisto en actividades y cuidados de enfermeria, le adminitsrantratamiento farmacologico segun horarios, tolera, le realizo control de signos vitales registro valores en sistema, pte deambula dentro de la habitacion recibe via oral tolera, continua con igual,manejo entradas permeables, apósitos de herida impregnadas de sangre, alisto todo para curación..... la cual es realizada por la jefe informo a la jefe estado y evolucion de pte cumplo ordenes, elimina espontaneo..... no realiza deposicion.....realizo ronda constantemente por la habitacion....recibe visita de familires.....

queda en cama con barandas elevadas despiert con acompañante

Firmado electrónicamente por **LEIVI YINETH AGRONO RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130945441

04 agosto 2017 18:51 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

producido de 125cc por dren pera serohematico

Firmado electrónicamente por **LEIVI YINETH AGRONO RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130945441

04 agosto 2017 22:00 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

PACIENTE QUE PIDE ENEMA EVACUANTE REFIERE QUE HACE TRES DIAS NO HACE DEL CUERPO ES ORDENADO POR MEDICO HOPITALARIO SE CUMPLE ORDEN MEDICA Y AL REALIZAR PROCEDIMIENTO PACIENTE SE NIEGA A RECIBIRLO SE INFORMA A JEFE DE TUNO Y MEDICO ENMENA QUEDA DESAPADO PARA USO DE EL

Firmado electrónicamente por **ADRIANA BIKY VILLARREAL MELO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29682913

05 agosto 2017 03:57 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

paciente no acepta amitritilina 1/2 tab a este horario se informa ajefe de turno

Firmado electrónicamente por **ADRIANA BIKY VILLARREAL MELO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29682913

05 agosto 2017 06:19 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

RECIBO PACIENTE EN CAMA CONSIENTE DESPIERTO ORIENTADO CON LEV PERMEBLES PASANDO POR VENA PERIFERICA EN MEIBRO SUPERIOR IZQUIERDO , LO VALORO LA PRINCIPIO DE LA NOCHE AL DRA SILVA Y RETIRO ANALGSIA , SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA EN REGION LUMBAR CUBIERTA LIMPIA Y SECA CON DREN DE BLEK EN LADO IZQUIERDO CON SALIDA DE LIQUIDO SANGUINOLENTO SE EVACUA 40CC DE LIQUIDO SANGUINOLENTO, SE OBSERVA SALIDA DE SANGRE POR EL LADO DEL DREN LA JEFE LE CAMBIA GASAS Y DEJA NUEVMENTE CUBIERTO, HA ELIMINADO ESPONTANEO NO DEPOSICION , NO DEJA Q COLOQUE ENEMA EVCUANTE ,DIJO ESPERA HASTA MAÑANA, QUEDA EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR

Firmado electrónicamente por **LIBIA STELLA MUELAS TOMBE** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 25682645

05 agosto 2017 08:51 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

Paciente no recibe dosis de rivotril

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

05 agosto 2017 18:54 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

07hr RECIBO PACIENTE ADULTO EN CAMA CON BARANDAS DE SEGURIDAD ELEVADAS, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA TRANQUILO, CON ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE AL TACTO, MOVILIZA SUS CUATRO EXTREMIDADES SIN NINGUNA COMPLICACION, TOLERANDO OXIGENO AL MEDIO AMBIENTE, RESPUESTA VERBAL Y MOTORA PRESENTES, CON MANILLA DE IDENTIFICACION CORRECTA, STCKER LILA Y NARANJA, PRESENTA ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PERMEABLE, EN EL MOMENTO PASANDO PLAN DE LIQUIDOS ENDOVENOSOS ASI SSN 100 CC/HR, NO SE OBSERVAN SIGNOS DE FLEBITIS, PRESENTA HERIDA QUIRURGICA EN REGION LIMBAR CUBIERTA CON APOSITO Y PELICULA TRASNPARENTE PRESENTA LACERACION EN BORDE DEL APOSITO TRANSPARENTE, SALIDA DE DREN JACKSON PRATT CUBIERTO CON MICROPORE Y COMPRESAS IMPREGNADAS DE MATERIL SANGUINOLENTO, SE LE REALIZA TOMA DE SIGNOS VITALES QUE SE ENCUENTRAN ENTRE PARAMETROS

NORMALES, SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, DINAMICO, AFEBRIL, NO REFIERE DOLOR, SE LE BRINDAN MEDIDAS DE BIENESTAR Y CONFORT SIN NINGUNA COMPLICACION, PACIENTE QUE ELIMINA ESPONTANEO, TOLERA Y RECIBE TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.
10HR SE LE REALIZA CURACION DE HERIDA Y CAMBIOS DE APOSITOS POR PARTE DE ENERMERIA, CON SU RESPECTIVA TECNICA ESTERIL, SIN NINGUNA COMPLICACION.
13HR PACIENTE QUE CONTINUA EN IGUALES CONDICIONES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, DINAMICA, AFEBRIL, CON ACCESO VENOSO PERMEABLE.
19HR QUEDA PACIENTE EN CAMA CON BARANDAS ELEVADAS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, DINAMICA, AFEBRIL, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, CON ACCESO VENOSO PERMEABLE, SE LE EVACUAN 50CC DE MATERIAL SANGUINOLENTO.

Firmado electrónicamente por **ANDERSON STEVEN LAGUNA GOMEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144064325

06 agosto 2017 00:08 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

19:00 horas, recibo paciente adulto de sexo masculino en cama, consiente, despierto, alerta, activo, orientado en sus tres esferas mentales, apertura ocular espontanea, respuesta verbal y motora presentes, tolerando oxígeno al medio ambiente, acceso venoso en mano izquierda permeable, sin signos de flebitis, pasando liquidos endovenosos, se observa herida quirúrgica lumbar costado izquierdo cubierto con gasa y micropore por donde sale dren pera con producido serosanguinolento, limpio y seco, resto piel integra, en compañía de familiar, observándose tranquilo.

Firmado electrónicamente por **SANDRA MILENA REYES ARIAS** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31497039

06 agosto 2017 06:24 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

paciente que durante la noche pasa tranquilo, continua respirando oxigeno del medio ambiente, con liquidos endovenosos por vena periferica permeable, duerme a intervalos cortos, no refiere dolor, recibe y tolera vía oral y tratamiento farmacológico ordenado, elimina espontaneo en buena cantidad, no hace deposición, la herida quirúrgica cubierta con aposito mas fixomul limpio y seco,por el dren a pera se evacua 25 cc de liquido hemático, por el rededor de dren esta cubierto con compresa las cuales se encuentran impregnadas de liquido hematico.
queda paciente en su habitación acompañado por su familiar, en iguales condiciones generales.

Firmado electrónicamente por **SANDRA MILENA REYES ARIAS** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31497039

06 agosto 2017 12:00 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

RECIBO PACIENTE CONSIENTE DESPIERTO ORIENTADO AMBULATORIO , SE MOVILIZA EN LA HABITACION , ACEPTA Y TOLERA AL VO, LE REALIZAN TERAPI AFISICA, TIENE HERIDA QUIRURGICA EN REGION LUMBAR CUBIERTA LIMPIA Y SECA , CON DREN CON SALIDA DE LIQUIDO SANGUINOLENTO ESCASO, LA JEFE LE REALIZA CURACION DE SITIO DE SALIDA DE DREN , HA ELIMINADO ESPONTANEO HACE DEPOSICION NO CAMBIOS, PERMANECE SIN FAMILIAR.
12:00 Se realiza curación de herida qx, en region lumbar, previa tecnica de asepsia y antisepsia con clorhexidina solución , se observa herida qx suturada, sin signos de infecciónn queda cubierta con aposito de leukomed,

Firmado electrónicamente por **MELISSA LOPEZ GONZALEZ** -- ENFERMERA (O) JEFE
Identificación CC 31320479

06 agosto 2017 17:57 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

PACIENTE QUE PASA LA TARDE ESTABLE AFEBRIL CON LEV PERMEABLES APSANDO POR MVENA PERIFERICA, ACEPTA Y TOLERA LAVO, PASA AL TARDE QAFEBRIL , HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA LIMPIA Y SECA , CON DREN DE BLEK DE HERIDA QUIRURGICA LUMBAR SE EVACUA DURANTE EL DIA 75CC DE LIQUIDO SEROHEMATICO, LO VALORA EL DR CASAS, EL PACIENTE LLAMA Y REFIERE QUE SE LE SALIO EL DREMN, SE INFORMA AL DR CASAS ,QUEDA CON GASAS CUBRIENDO EL SITIO DE DRENAJE.HA ELIMINADO ESPONTANEO NO DEPOSICION.QUEDA SIN FAMILIAR.

Firmado electrónicamente por **LIBIA STELLA MUELAS TOMBE** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 25682645

06 agosto 2017 22:31 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

19 horas: Recibo paciente adulto en habitación en cama con sus barandas arriba, llamado de enfermería cerca y el nivel de su cama a lo mínimo, paciente solo sin familiar, se observa despierto, consciente ,orientado en tiempo lugar y persona, con apertura ocular espontanea, respuesta verbal y motora presentes, tolerando oxigeno al medio ambiente,con acceso venoso periferico en antebrazo izquierdo el cual esta pendiente retirar y canalizar nueva venopuncion, se observa herida lumbar cubierta limpia y seca, mas gasa impregnada de material hemático en sitio anterior de dren, se deja paciente con sus barandas arriba, llamado de enfermería cerca, el nivel de la cama a lo mínimo pero el paciente no conserva esto y sube el nivel de la cama alto, se le recuerda el motivo pero hace caso omiso.
21 horas se toman signos vitales dentro de parametros normales, refiere dolor de Eva 6/10, recibe su vi-a oral y tratamiento medico sin complicaciones, se canaliza vena en mano izquierda, se deja válvula con extensión y tegaderm limpio y seco,paciente que se moviliza por sus propios medios al baño elimina espontaneo no hace deposición, se deja paciente en cama con sus barandas arriba, llamado de enfermeria cerca, acompañado de su familiar, jefe realiza cambio de gasas y deja herida qx cubierta limpia y seca.

Firmado electrónicamente por **NURY DIANA RIVERA MORALES** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 67000020

07 agosto 2017 06:27 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

paciente que durante la noche pasa estable, no cambios ni complicaciones aparentes, continua con sus lev permeables , se le administra su tratamiento medico, herida qx lumbar cubierta limpia y seca, se toman nuevos signos vitales, no dolor afebril, se moviliza por sus propios medios al baño elimina espontaneo no hace deposicion, queda en cama con sus barandas de seguridad arriba, el nivel de la alto ya que a el paciente no le gusta bajar la el nivel de la cama apesar de que se e explica el motivo, queda acompañado de su familiar.

Firmado electrónicamente por **NURY DIANA RIVERA MORALES** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 67000020

07 agosto 2017 12:17 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

07:00 horas, recibo paciente adulto en cama, en compañia de familiar, al examen fisico se observa tranquilo, moviliza sus cuatro extremidades sin ninguna complicacion, tolerando oxigeno al medio ambiente, respuesta verbal y motora presentes, con acceso venoso en miembro superior izquierdo permeable, en el momento pasando plan de liquidos endovenosos, no se observan signos de flebitis, presenta herida quirurgica en region lumbar cubierta con leukomed limpio y seco, salida de liquido serohematico por orificio donde tenia dren, se le coloca compresas.
durante la mañana pasa estable, no cambios, se le realiza toma de signos vitales que se encuentran entre parametros normales, se encuentra hemodinamicamente estable, dinamico, afebril, no refiere dolor, se le brindan medidas de bienestar y confort sin ninguna complicacion, paciente que elimina espontaneo, tolera y recibe via oral y tratamiento farmacológico, no hace deposicion.

Firmado electrónicamente por **SANDRA MILENA REYES ARIAS** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31497039

07 agosto 2017 15:00 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

POR ORDEN DEL DR: CASAS REALIZO CURACION DE HERIDA QUIRURGICA EN REGION LUMBAR Y SITIO DE RETIRO DE DREN, CON TECNICA ASEPTICA, PREVIA ANTISEPSIA DE HERIDA CON SOLUCION DE CLOREXIDINA, HERIDA SUTURADA LIMPIA Y SECA SIN SIGNOS DE INFECCION LO MISMO QUE EL ORIFICIO DE RETIRO DE DREN, HERIDA SE CUBRE CON LEUCOMET Y SITIO DE RETIRO DE DREN CON GASA MAS MICROPORE LIMPIO Y SECO.

Firmado electrónicamente por **CRISTIAN IVAN MUÑOZ AGUILAR** -- ENFERMERA (O) JEFE
Identificación CC 87248605

07 agosto 2017 15:20 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

paciente que durante la tarde pasa estable, no cambios, continua respirando oxigeno del medio ambiente, con liquidos endovenosos por vena periférica permeable, recibe bien la via oral, se toman signos vitales dentro de parámetros normales, elimina espontaneo orina clara, no hace deposición. recibe visita de medico tratante quien le firma salida para la casa, se le suspende liquidos, se le retira venopuncion, se inicia tramite de salida, se envía a rx para toma de rx de columna antes del egreso, el jefe le realiza curación de la herida quirúrgica y la deja cubierta, limpia y seca.
sale paciente para la casa, en silla de ruedas, en compañía de familiar y mensajero, observándose bien, se le retiro venopuncion, el jefe le entrega formulas medicas y recomendaciones.

Firmado electrónicamente por **SANDRA MILENA REYES ARIAS** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31497039

Nota Fisioterapuetas

04 agosto 2017 09:43 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

TERAPIA FISICA #1.

Paciente JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA de 51 años, DX: POP CORRECCION DE ESPONDILOLISTESIS ESPONDILOLISIS L5 BILATERAL, con
dos cirugías previas a la de hoy las cuales han sido
1er dia POP 3 Cirugia de Exploración, REvision, Descompresión de Canal Raquideo, Retiro de Calvo Fracturado y Refusion de Columna Lumbosacra.
Analgesia Multimodal con Oxyrapid en infusión continua con excelente control del dolor.

ENCUENTRO PACIENTE SALIENDO DEL BAÑO, CON DREN EN ESPALDA, APOSITO EN REGION LUMBAR. SE MOVILIZA LENTO, REFIERE DOLOR EN LA ESPALDA. SIN ALTERACION DEL AMA, FUERZA MUSCULAR DISMINUIDA.

OBJETIVOS: MANTENER AMA, GANAR FUNCIONALIDAD, PROMOVER MARCHA.

SE REALIZA:

MARCHA TRAMO LARGO POR PASILLO (AL RITMO DEL PACIENTE).
SEGUIDO DE EJERCICIOS DE CADENA CINETICA ABIERTA Y CERRADA (1 SERIE DE 5 REPETICIONES).
SE DEJA SENTADO EN SILLA DONDE SE FINALIZA CON EJERCICIOS ACTIVOS LIBRES DE MMII SUAVES A TOLERANCIA.

SE DEJA SENTADO EN SILLA, CON ALMOHADA EN EL ESPALDAR Y EN LOS GLUTEOS PARA QUE QUEDE MAS ALTO.

Firmado electrónicamente por **MARTHA CECILIA CALERO CASTRO** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 7625067 Identificación CC 66886876

04 agosto 2017 19:16 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

HORA 18:00
TERAPIA FISICA #2
SIN SOPORTE DE O2

ENCUENTRO PACIENTE SENTADO AL BORDE DE LA CAMA, CON DREN EN ESPALDA, APOSITO EN REGION LUMBAR. REFIERE QUE DOLOR EN LA ESPALDA A DISMINUIDO. ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, FUERZA MUSCULAR DISMINUIDA EN MMII, LEVE ALTERACION EN EL EQUILIBRIO.

OBJETIVOS: MEJORAR Y MANTENER CONDICIONES OSTEOMUSCULARES, EVITAR COMPLICACIONES POR REPOSOS PROLONGADO

SE REALIZA POSICIONAMIENTO EN BIPEDO, MOVILIZA ACTIVAMENTE SUS 4 EXTREMIDADES A TOLERANCIA DE DOLOR, BOMBEO CIRCULATORIO, CAMINATA TRAMO LARGO POR EL SERVICIO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, ESTIRMAIENTO DE MMSS, PACIENTE TOLERA INTERVENCION

Firmado electrónicamente por **DIANA MARCELA SANCHEZ RESTREPO** -- FISIOTERAPEUTA
Identificación CC 1151937764

05 agosto 2017 12:14 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

TERAPIA FISICA #3

ENCUENTRO PACIENTE EN SILLA DEAMBULA POR SI SOLO SE CONTINUA CON TERAPIA FISICA PARA MEJORAR MOVILIDAD Y CONDICION FISICA SE REALIZA:

EJERCICIOS ACTIVOS DE MIEMBROS SUPERIORES
TRANSICION A BIPEDO
MARCHA POR PASILLO TRAMO LARGO
EJERCICIOS DE CADENA CINETICA CERRADA
ESTIRAMIENTOS GENERALIZADOS

DEJO PACIENTE ESTABLE

Firmado electrónicamente por **GUIOVANNA TOVAR HERRERA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 26740 Identificación CC 66853675

05 agosto 2017 18:06 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

TERAPIA FISICA #4

ENCUENTRO PACIENTE DEAMBULANDO POR HABITACION SE CONTINUA CON TERAPIA FISICA PARA MEJORAR Y CONDICION FISICA SE REALIZA:

MARCHA POR PASILLO TRAMO LARGO
EJERCICIOS ACTIVOS DE MIEMBROS SUPERIORES
EJERCICIOS DE CADENA CINETICA CERRADA
ESTIRAMIENTOS GENERALIZADOS

DEJO PACIENTE ESTABLE

Firmado electrónicamente por **GUIOVANNA TOVAR HERRERA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 26740 Identificación CC 66853675

06 agosto 2017 11:06 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

TERAPIA FISICA #5.

ENCUENTRO PACIENTE ESTABLE, ACOSTADO EN LA CAMA, REFIERE QUE HA DEAMBULADO DURANTE LA MAÑANA, SE ENCUENTRA CON ACOMPAÑANTE, PERSISTE CON DREN EN ESPALDA, APOSITO EN REGION LUMBAR. SE MOVILIZA LENTO, REFIERE DOLOR EN LA ESPALDA. SIN ALTERACION DEL AMA, FUERZA MUSCULAR DISMINUIDA.

OBJETIVOS: MANTENER AMA, GANAR FUNCIONALIDAD, PROMOVER MARCHA.

SE REALIZA:

TRANSICION A POSICION SEDENTE Y BIPEDO, SEGUIDO DE MARCHA TRAMO LARGO POR PASILLO, EJERCICIOS DE CADENA CINETICA ABIERTA Y CERRADA, EJERCICIOS ACTIVOS LIBRES DE MMSS.

QUEDA ESTABLE.

Firmado electrónicamente por **MARTHA CECILIA CALERO CASTRO** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 7625067 Identificación CC 66886876

06 agosto 2017 17:43 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

17 HORAS.

TERAPIA FISICA #6.

ENCUENTRO PACIENTE SENTADO EN EL BORDE DE LA CAMA, FUE VALORADO POR EL DR CASAS, CONTINUA ESTABLE, CON ACOMPAÑANTE. COMENTA QUE AL MOVILIZARSE EN LA CAMA SE LE SALE EL DREN PERA DE LA ESPALDA, APOSITO EN REGION LUMBAR. SE MOVILIZA LENTO, SIN ALTERACION DEL AMA, FUERZA MUSCULAR DISMINUIDA.

OBJETIVOS: MANTENER AMA, GANAR FUNCIONALIDAD, PROMOVER MARCHA.

SE REALIZA:

TRANSICION A POSICION BIPEDO, MARCHA TRAMO LARGO POR PASILLO, EJERCICIOS DE COORDINACION Y EQUILIBRIO, MARCHA LATERAL Y POSTERIOR, EJERCICIOS DE CADENA CINETICA ABIERTA Y CERRADA, EJERCICIOS ACTIVOS LIBRES DE MMSS.

QUEDA ESTABLE.

Firmado electrónicamente por **MARTHA CECILIA CALERO CASTRO** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 7625067 Identificación CC 66886876

07 agosto 2017 12:08 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

PACIENTE QUIEN ESTA ESPERANDO QUE LE REALICEN LA CURACION, SE APLAZA EL PROCEDIMIENTO.

Firmado electrónicamente por **MARIANA DEL PILAR VELEZ BOHORQUEZ** -- FISIOTERAPEUTA
Identificación CC 29361172

Control de Medicamentos

03 agosto 2017 22:09 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 03 Ago 2017 20:08 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 2 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 03 Ago 2017 20:09 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 03 Ago 2017 22:09 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 03 Ago 2017 22:10 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 03 Ago 2017 22:10 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 500 MILIGRAMOS Via ORAL
* 03 Ago 2017 22:11 BISACODIL 5 mg TABLETA DE LIBERACION RETARDADA 5 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **FRANKLIN STEVEN BERMUDEZ GIRALDO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143839437

04 agosto 2017 04:00 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 04 Ago 2017 02:00 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 2 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 04 Ago 2017 02:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 04 Ago 2017 04:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 500 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **FRANKLIN STEVEN BERMUDEZ GIRALDO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143839437

04 agosto 2017 05:48 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 04 Ago 2017 05:48 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 04 Ago 2017 05:48 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 04 Ago 2017 05:48 ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO 40 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **FRANKLIN STEVEN BERMUDEZ GIRALDO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143839437

04 agosto 2017 05:49 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: plan a 100cc/hr

* 04 Ago 2017 05:48 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **FRANKLIN STEVEN BERMUDEZ GIRALDO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143839437

04 agosto 2017 08:14 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 04 Ago 2017 08:14 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 2 GRAMO Via ENDOVENOSA

* 04 Ago 2017 08:19 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Observaciones: lavar

* 04 Ago 2017 08:19 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

04 agosto 2017 09:56 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 04 Ago 2017 09:55 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 500 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

04 agosto 2017 12:19 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 04 Ago 2017 12:19 LYRICA 150 mg CAPSULA 150 MILIGRAMOS Via ORAL

* 04 Ago 2017 12:19 SINALGEN 5 mg + 325 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

04 agosto 2017 13:40 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 04 Ago 2017 13:39 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 2 GRAMO Via ENDOVENOSA

* 04 Ago 2017 13:40 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

* 04 Ago 2017 13:40 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 04 Ago 2017 13:40 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Observaciones: lavar

* 04 Ago 2017 13:40 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 2 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

04 agosto 2017 17:34 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 04 Ago 2017 17:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 500 MILIGRAMOS Via ORAL

* 04 Ago 2017 17:34 ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO 40 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

04 agosto 2017 17:36 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 04 Ago 2017 17:35 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

04 agosto 2017 23:14 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 04 Ago 2017 20:00 ZOPICLONA 7,5 mg TABLETA RECUBIERTA 7.5 MILIGRAMOS Via ORAL

* 04 Ago 2017 20:00 AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA 12.5 MILIGRAMOS Via ORAL

* 04 Ago 2017 20:00 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 2 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 04 Ago 2017 20:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 04 Ago 2017 22:00 travaD 2,5% (25 mg / 1 mL) SOLUCION RECTAL BOLSA x 1000 mL 1 BOLSA Via RECTAL
* 04 Ago 2017 22:00 BISACODIL 5 mg TABLETA DE LIBERACION RETARDADA 5 MILIGRAMOS Via ORAL
* 04 Ago 2017 22:00 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 04 Ago 2017 22:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 04 Ago 2017 22:00 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 500 MILIGRAMOS Via ORAL
* 04 Ago 2017 22:00 SINALGEN 5 mg + 325 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL
* 04 Ago 2017 23:16 LYRICA 150 mg CAPSULA 150 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ADRIANA BIKY VILLARREAL MELO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29682913

05 agosto 2017 03:49 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 05 Ago 2017 02:00 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 2 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 05 Ago 2017 02:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 05 Ago 2017 02:00 travaD 2,5% (25 mg / 1 mL) SOLUCION RECTAL BOLSA x 1000 mL 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 05 Ago 2017 03:48 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 500 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ADRIANA BIKY VILLARREAL MELO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29682913

05 agosto 2017 04:22 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: plan lev

* 05 Ago 2017 04:21 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ADRIANA BIKY VILLARREAL MELO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29682913

05 agosto 2017 06:13 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 05 Ago 2017 06:13 SINALGEN 5 mg + 325 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL
* 05 Ago 2017 06:13 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 05 Ago 2017 06:14 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 05 Ago 2017 06:14 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ADRIANA BIKY VILLARREAL MELO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29682913

05 agosto 2017 06:15 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 05 Ago 2017 06:00 ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO 40 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ADRIANA BIKY VILLARREAL MELO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29682913

05 agosto 2017 08:44 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 05 Ago 2017 08:44 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 2 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 05 Ago 2017 08:44 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

05 agosto 2017 10:03 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 05 Ago 2017 10:03 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 500 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

05 agosto 2017 12:04 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 05 Ago 2017 12:04 AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA 12.5 MILIGRAMOS Via ORAL
* 05 Ago 2017 12:04 LYRICA 150 mg CAPSULA 150 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

05 agosto 2017 14:22 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 05 Ago 2017 14:22 SINALGEN 5 mg + 325 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL
* 05 Ago 2017 14:22 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 2 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 05 Ago 2017 14:22 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 05 Ago 2017 14:23 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 2 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 05 Ago 2017 14:23 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 2 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DIANA LUCIA CASTAÑO RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29351452

05 agosto 2017 15:40 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 05 Ago 2017 15:40 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DIANA LUCIA CASTAÑO RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29351452

05 agosto 2017 17:50 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 05 Ago 2017 17:50 ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO 40 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **DIANA LUCIA CASTAÑO RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29351452

05 agosto 2017 20:38 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 05 Ago 2017 20:38 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 2 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 05 Ago 2017 20:38 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 05 Ago 2017 20:38 SINALGEN 5 mg + 325 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL
* 05 Ago 2017 20:40 AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA 12.5 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **LEIVI YINETH AGRONO RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130945441

05 agosto 2017 22:01 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: lavar via

* 05 Ago 2017 21:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 05 Ago 2017 22:02 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 05 Ago 2017 22:02 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 05 Ago 2017 22:02 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 500 MILIGRAMOS Via ORAL
* 05 Ago 2017 22:02 BISACODIL 5 mg TABLETA DE LIBERACION RETARDADA 5 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: lavar via

* 05 Ago 2017 22:04 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LEIVI YINETH AGRONO RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130945441

06 agosto 2017 02:34 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 06 Ago 2017 00:00 LYRICA 150 mg CAPSULA 150 MILIGRAMOS Via ORAL
* 06 Ago 2017 02:34 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 2 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 06 Ago 2017 02:34 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LEIVI YINETH AGRONO RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130945441

06 agosto 2017 03:35 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 06 Ago 2017 03:35 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 2 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 06 Ago 2017 03:35 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LEIVI YINETH AGRONO RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130945441

06 agosto 2017 05:48 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 06 Ago 2017 05:48 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 06 Ago 2017 05:48 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 06 Ago 2017 05:49 SINALGEN 5 mg + 325 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL
* 06 Ago 2017 05:49 ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO 40 MILIGRAMOS Via ORAL
* 06 Ago 2017 05:50 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 500 MILIGRAMOS Via ORAL

Observaciones: lavar via

* 06 Ago 2017 05:53 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LEIVI YINETH AGRONO RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130945441

06 agosto 2017 06:11 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: plan

* 06 Ago 2017 06:11 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LEIVI YINETH AGRONO RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130945441

06 agosto 2017 08:47 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 06 Ago 2017 08:47 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 06 Ago 2017 08:47 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 2 GRAMO Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **INGRID JOHANNA PENAGOS ECHAVARRIA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144159664

06 agosto 2017 09:53 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 06 Ago 2017 09:53 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 500 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **INGRID JOHANNA PENAGOS ECHAVARRIA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144159664

06 agosto 2017 13:23 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 06 Ago 2017 12:23 LYRICA 150 mg CAPSULA 150 MILILITROS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **INGRID JOHANNA PENAGOS ECHAVARRIA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144159664

06 agosto 2017 14:08 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 06 Ago 2017 14:08 SINALGEN 5 mg + 325 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL
* 06 Ago 2017 14:08 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 2 GRAMO Via ENDOVENOSA

* 06 Ago 2017 14:08 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 06 Ago 2017 14:09 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 06 Ago 2017 14:09 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 06 Ago 2017 14:09 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **INGRID JOHANNA PENAGOS ECHAVARRIA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144159664

06 agosto 2017 16:36 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 06 Ago 2017 16:36 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 500 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **INGRID JOHANNA PENAGOS ECHAVARRIA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144159664

06 agosto 2017 18:05 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 06 Ago 2017 18:05 ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO 40 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **INGRID JOHANNA PENAGOS ECHAVARRIA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144159664

06 agosto 2017 20:57 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 06 Ago 2017 20:57 ZOPICLONA 7,5 mg TABLETA RECUBIERTA 7.5 MILIGRAMOS Via ORAL
* 06 Ago 2017 20:57 AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA 12.5 MILIGRAMOS Via ORAL
* 06 Ago 2017 20:58 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 2 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 06 Ago 2017 20:58 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 06 Ago 2017 20:58 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ANDERSON STEVEN LAGUNA GOMEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144064325

06 agosto 2017 22:10 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 06 Ago 2017 22:10 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 500 MILIGRAMOS Via ORAL
* 06 Ago 2017 22:10 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 06 Ago 2017 22:11 BISACODIL 5 mg TABLETA DE LIBERACION RETARDADA 5 MILIGRAMOS Via ORAL
* 06 Ago 2017 22:11 SINALGEN 5 mg + 325 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL
* 06 Ago 2017 22:11 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 06 Ago 2017 22:11 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ANDERSON STEVEN LAGUNA GOMEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144064325

06 agosto 2017 23:16 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 06 Ago 2017 23:16 LYRICA 150 mg CAPSULA 150 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ANDERSON STEVEN LAGUNA GOMEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144064325

07 agosto 2017 01:46 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 07 Ago 2017 01:46 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 2 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 07 Ago 2017 01:46 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 07 Ago 2017 01:46 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ANDERSON STEVEN LAGUNA GOMEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144064325

07 agosto 2017 05:22 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 07 Ago 2017 05:22 SINALGEN 5 mg + 325 mg TABLETA 1 TABLETA Via ORAL
* 07 Ago 2017 05:22 ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO 40 MILIGRAMOS Via ORAL
* 07 Ago 2017 05:22 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 500 MILIGRAMOS Via ORAL
* 07 Ago 2017 05:22 PROFenid 100 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 100 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 07 Ago 2017 05:23 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 07 Ago 2017 05:23 AMITRIPTILINA 25 mg TABLETA 12.5 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ANDERSON STEVEN LAGUNA GOMEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144064325

07 agosto 2017 09:07 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 07 Ago 2017 09:07 kefZOL 1 gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 2 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 07 Ago 2017 09:08 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

07 agosto 2017 11:06 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 07 Ago 2017 10:05 ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA 500 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

07 agosto 2017 11:56 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*

* 07 Ago 2017 11:55 LYRICA 150 mg CAPSULA 150 MILIGRAMOS Via ORAL
* 07 Ago 2017 11:56 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

Glucometria

05 agosto 2017 22:00 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 05/08/2017 22:00
Resultados Resultados: 116mg dl

Firmado electrónicamente por **LEIVI YINETH AGRONO RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130945441

06 agosto 2017 05:59 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 06/08/2017 05:59
Resultados Resultados: 226g dl

Firmado electrónicamente por **LEIVI YINETH AGRONO RODRIGUEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130945441

06 agosto 2017 11:32 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 06/08/2017 11:32
Resultados Resultados: 185 mg/dl

Firmado electrónicamente por **INGRID JOHANNA PENAGOS ECHAVARRIA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144159664

06 agosto 2017 16:37 - *(PISO 8 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 06/08/2017 16:37
Resultados Resultados: 209 mg/dl

Firmado electrónicamente por **INGRID JOHANNA PENAGOS ECHAVARRIA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144159664

Diagnósticos de Egreso **Localización** **Tipo DX**

-- **(M431) ESPONDILOLISTESIS** Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **CRISTIAN MAURICIO QUESADA CORREA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1143359366 Identificación CC 1143359366

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Salida Urgencias

Estado vital al salir **Vivo** Estado al salir Destino al salir **Domicilio**

Fecha y hora de salida **07 ago. 2017 12:19** Remitido a

Medio de trasporte

Fórmulas Médicas

AMITRIPTILINA (25 mg) -- Caja x 30 tab TOMAR UNA EN LA NOCHE	1
ZOPICLONA 7,5 mg (7.5 mg) -- Caja x 10Tabs. TOMAR UNA EN LA NOCHE	1
LYRICA 75mg (75mg) -- Cja.x 28Cap TOMAR UNA CADA 12 HORAS	1
SINALGEN 325 mg - 5 mg TABLETAS () -- CAJA X 30 TABLETAS TOMAR UNA CADA 8 HORAS CON UN DOLEX	1

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Firmado Electrónicamente por **CASAS CASTILLO GERARDO**
Identificación **CC 16629449**
Especialidad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**
Tarjeta Profesional **11654**

Clínica Imbanaco
Grupo quirónsalud

Historia Clínica de la Atención

UROLOGIA - CIRUGIA UROLOGICA - CIRUGIA MENOR

Dirección: **Cra 38 A 5A - 100. SEDE PRINC 1**
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **4281**

Atención No.**10717716**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **52 Años 2 Meses 28 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **19-ene.-2018 9:02** Fecha y hora de Atención **19-ene.-2018 9:05**
El paciente se moviliza por sus propios medios? Medio de trasporte
Estado de llegada Procedencia
Llegó remitido de

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Alérgicos	- 10/03/2017 06:46 p. m. - hidromorfona 29/12/2016 10:05 a. m. - dipirona(Reg: 03 Ago 2017 19:35:)
Alérgicos	- HIDROMORFONA(Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	Diabetes - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Hipertensión Arterial - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Otros - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2017 10:56:)
Patológicos	- hta, dm tipo ii, rge, sinusitis, hepatitis, gastritis, extabaquismo, insomnio, trastorno de ansiedad y dificil manejo del dolor(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Farmacológicos	- Pregabalina y Palexis Retard(Reg: 12 Jun 2017 14:02:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	Reaccion medicamentos actuales - METFORMINA, ENALAPRIL, SINAGEL,LIRICA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Farmacológicos	- pregabalina 150 mg cada 12 horas, amitriptilina 1/4 tab al dia, esomeprazol, losartan 50 mg cada 12 horas, hipoglicemiantes orales, zopiclona 15 mg/noche(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Transfusiones	- (Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)

Otros	Talla EC Unid Urol - 1.80MT(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Tiene resultado de urocultivo - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Peso EC Unid Urol - 86KG(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Procedimiento que se va a realizar - - FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Entrega preparacion - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Explica procedimientos - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Antecedentes quirurgicos - IMPLANTES DE TORNILLO EN ESPALDA, APENDICETOMIA, AMIGDALAS, CX DE CAMPANA DE ADAN(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Cuando resultado uro - DIPIRONA, HIDROMORFONA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							

Signos vitales

19 enero 2018 09:45 - *(UROLOGIA - CIRUGIA UROLOGICA - CIRUGIA M)*

Presión Arterial **158/94** Temperatura **0.**°C Frec. Card. **70**xMin Frec. Resp. **15**xMin Peso Kg Talla mts IMC Superf. Corporal Glassgow Tiene aliento alcohólico? **No** Grado Alcoholemia % Saturación de O_2 **97**

Firmado electrónicamente por **MARTHA ELISA ASTUDILLO CORTES** -- CIRCULANTE
Identificación CC 31969708

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- (B07X) VERRUGAS VIRICAS		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **IVAN MORALES ECHEVERRI** -- UROLOGIA
Tarjeta Profesional: 2808/90 Identificación CC 7549332

Nota Quirúrgica

19 enero 2018 10:08 - *(UROLOGIA - CIRUGIA UROLOGICA - CIRUGIA M)*

642100 FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD

Fecha: 19 ene. 2018 10:08
Lateralidad: No Aplica **Medico:** IVAN MORALES ECHEVERRI
Dx Principal: B07X VERRUGAS VIRICAS
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

Descripción de acto quirúrgico / hallazgos

ASA **1** Tipo de Cirugia **Electiva** Tipo de Herida **Contaminada** Tiempo de Cirugia **0**min Profilaxis **no**
BAJO ANESTESIA LOCAL
SE REALIZA FULGURACION DE MULTIPLES LESIONES EN PREPUCIO Y GLANDE .
SE APLICA FURACIN SOBRE LAS HERIDAS
NO COMPLICACIONES
Muestras

enviadas a patología:
NO
Complicaciones:
NO

Colaboradores

Cirujano 1 (Ppal): MORALES ECHEVERRI IVAN

Firmado electrónicamente por **IVAN MORALES ECHEVERRI** -- UROLOGIA
Tarjeta Profesional: 2808/90 Identificación CC 7549332

Notas de Enfermeria

19 enero 2018 09:10 - *(UROLOGIA - CIRUGIA UROLOGICA - CIRUGIA M)*

09:10 INGRESA PACIENTE A LA UNIDAD DE UROLOGIA POR SUS PROPIOS MEDIOS, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS MENTALES CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, PARA REALIZAR PROCEDIMIENTO UROLOGICO BAJO ANESTESIA LOCAL, SE APLICA LISTA DE CHEQUEO DE SEGURIDAD POR EL PACIENTE, SE CONFIRMA PROCEDIMIENTO, ALERGIAS REFIRIO QUE A LA HIDROMORFONA Y DIPIRONA, FIRMO CONSENTIMIENTO, PACIENTE CON TODO LO REQUERIDO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTO A ESPERA PARA PASAR A SALA DE CX, EL PACIENTE GUARDO TODAS LA

PERTENENCIAS EN LOCKER # 2 EL PACIENTE QUEDO LA LLAVE.

09:40 PASO PACIENTE A SALA DE CX EN COMPAÑIA DE MARTHA ASTUDILLO CIRCULANTE.

Firmado electrónicamente por **ADRIANA MARIA CHAVARRO VELASQUEZ** -- AUXILIAR DE FISIOTERAPIA
Identificación CC 1116247269

19 enero 2018 10:24 - *(UROLOGIA - CIRUGIA UROLOGICA - CIRUGIA M)*

10:05 SALE PACIENTE DE SALA DE CIRUGÍA CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, CONSCIENTE, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS MENTALES, EN BUENAS CONDICIONES, EN COMPAÑÍA DE CIRCULANTE, CON PROCEDIMIENTO REALIZADO.
SE CAMBIÓ, A ESPERA DE EGRESO, SE LE ENTREGO FORMULA DEL PROCEDIMIENTO, NOTA QUIRÚRGICA E INCAPACIDAD.

10:24 SE LE DIO EGRESO AL PACIENTE, EN BUENAS CONDICIONES, CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, CONSIENTE Y ORIENTADO, EL DR LE DIO RECOMENDACIONES DE CUIDADOS.

Firmado electrónicamente por **ADRIANA MARIA CHAVARRO VELASQUEZ** -- AUXILIAR DE FISIOTERAPIA
Identificación CC 1116247269

Diagnósticos de Egreso	**Localización**	**Tipo DX**
-- (B07X) VERRUGAS VIRICAS		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **IVAN MORALES ECHEVERRI** -- UROLOGIA
Tarjeta Profesional: 2808/90 Identificación CC 7549332

Firmado Electrónicamente por **MORALES ECHEVERRI IVAN**
Identificación **CC 7549332**
Especialidad **UROLOGIA**
Tarjeta Profesional **2808/90**

Historia Clínica de la Atención

CIRUGIA

Dirección: **Carrera 38 BIS 5B2-04. SEDE PRINC 3**
Teléfono Directo: **5550** -- Conmutador: **5544**

Atención No.**11382955**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **52 Años 10 Meses 1 Día** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **27-oct.-2018 8:35**	Fecha y hora de Atención **27-oct.-2018 7:33**
El paciente se moviliza por sus propios medios?	Medio de trasporte
Estado de llegada	Procedencia
Llegó remitido de	

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Alérgicos	- 10/03/2017 06:46 p. m. - hidromorfona 29/12/2016 10:05 a. m. - dipirona(Reg: 03 Ago 2017 19:35:)
Alérgicos	- HIDROMORFONA(Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	Diabetes - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Hipertensión Arterial - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Otros - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2017 10:56:)
Patológicos	- hta, dm tipo ii, rge, sinusitis, hepatitis, gastritis, extabaquismo, insomnio, trastorno de ansiedad y dificil manejo del dolor(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Farmacológicos	- Pregabalina y Palexis Retard(Reg: 12 Jun 2017 14:02:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	Reaccion medicamentos actuales - METFORMINA, ENALAPRIL, SINAGEL,LIRICA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Farmacológicos	- pregabalina 150 mg cada 12 horas, amitriptilina 1/4 tab al dia, esomeprazol, losartan 50 mg cada 12 horas, hipoglicemiantes orales, zopiclona 15 mg/noche(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Transfusiones	- (Reg: 10 Mar 2017 18:46:)

Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)
Otros	Talla EC Unid Urol - 1.80MT(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Tiene resultado de urocultivo - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Peso EC Unid Urol - 86KG(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Procedimiento que se va a realizar - - FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Entrega preparacion - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Explica procedimientos - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Antecedentes quirurgicos - IMPLANTES DE TORNILLO EN ESPALDA, APENDICETOMIA, AMIGDALAS, CX DE CAMPANA DE ADAN(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Cuando resultado uro - DIPIRONA, HIDROMORFONA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							

Signos vitales

Fecha	P. A.	PAM	P. Pulm.	PPM	PVC	Temp °C	F.Card.	F. Resp	Sat O2	FIO2
27/oct./2018 08:35	136/93		/				88		98	
27/oct./2018 09:52	81/54		/				67		99	
27/oct./2018 13:55	141/64		/				89		99	
27/oct./2018 13:55	122/71		/			36.1	89		99	
27/oct./2018 14:00	148/75		/				86		99	
27/oct./2018 14:15	120/65		/				80		94	
27/oct./2018 15:30	119/72		/				95		92	
27/oct./2018 15:45	118/70		/				90		92	
27/oct./2018 16:00	118/62		/				80		94	

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- **(M431) ESPONDILOLISTESIS**		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Ordenes de Examenes

27 octubre 2018 11:35 - *(CIRUGIA)*

* (Hora: 11:35) 902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO Ubicación **No Aplica**
  Observaciones MAÑANA 6AM

* (Hora: 11:36) 903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS Ubicación **No Aplica**
  Observaciones MAÑANA 6AM

Firmado electrónicamente por **LUIS MIGUEL VELASQUEZ MALVEHY** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: 10662 Identificación CC 16447389

Ordenes de Medicamentos

27 octubre 2018 11:10 - *(CIRUGIA)*

* LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 **Dosificación**: 1000CC
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia:80CC/HR Dilución:

* VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 1GR
  Observaciones: Dilución: YA ANOTADA EN 1HR X BOMBA 10PM-10AM

* AZTREONAM 1gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 1GR
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 4PM-12PM-8AM Y SUSPENDER Dilución:EN 100CC DE SSN0.9% EN 30MIN

* oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 100MGRS
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia:1MGR/HR+BOLOS DE 1MGR C/15MIN,TOPE 4HRS DE 8MGRS Dilución:EN 90CC DE SSN0.9% Cantidad en Letras( )

* PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL **Dosificación**: 1GR
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 4PM Y C/8 HRS Dilución:

* BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación**: 4MGRS
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C/6 HRS X NAUSEAS Dilución:A 10CC EN AD LENTO

* ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO **Dosificación**: 40MGRS
  Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia: 6AM C/24 HRS Dilución:

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 150MGRS
  Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia:10PM-10AM Dilución:

* XANAX 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: 0.5MGRS
  Observaciones: Vía: 0RAL Frecuencia: 12PM C/24 HRS Dilución: Cantidad en Letras( )

* DULCOLAX 5mg GRAGEA **Dosificación**: 5MGRS
  Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia: 8AM CON DESAYUNO C//24 HRS Dilución:

* DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 40MGRS
  Observaciones: Vía:IV Frecuencia: 10PM-10AM Dilución:EN 3CC DE SSN0.9% DIRECTO

Firmado electrónicamente por **LUIS MIGUEL VELASQUEZ MALVEHY** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: 10662 Identificación CC 16447389

Ordenes Generales

27 octubre 2018 11:34 - *(CIRUGIA)*

1. Avisar cambios a Dr(a) al tel: G.CASAS
2. Baño asistido PASADO MAÑANA
3. Baño en cama MAÑANA
4. Cabecera a 30 grados
5. Cambios de posición
6. Colocar sonda vesical AVISAR SI ORINA<DE 20CC/HR
7. Control de signos vitales
8. Cuidados de piel
9. Dieta blanda 5PM HOY
10. Dieta completa MAÑANA
11. Dieta líquida 2PM HOY
12. Esquema de Insulina GLUCOMETRIAS C/6 HRS
13. Retiro sonda vesical MAÑANA 12M
14. Terapia respiratoria ESPIROMETRIA INCENTIVA
15. Vigilar sangrado
16. Otras ordenes: CONCILIAR METFORMINA DESDE HOY 6PM-ENALAPRIL

Firmado electrónicamente por **LUIS MIGUEL VELASQUEZ MALVEHY** -- ANESTESIOLOGIA
Tarjeta Profesional: 10662 Identificación CC 16447389

Nota Quirúrgica

27 octubre 2018 14:00 - *(CIRUGIA)*

777902 TOMA DE INJERTO DE HUESO ILIACO

Fecha: 27 oct. 2018 14:00
Lateralidad: No Aplica **Medico:** GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

786935 EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR

Fecha: 27 oct. 2018 14:00
Lateralidad: No Aplica **Medico:** GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

810602 ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR O LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR O ANTEROLATERAL (INTERSOMATICA) CON INSTRUMENTACION

Fecha: 27 oct. 2018 14:00
Lateralidad: No Aplica **Medico:** GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS

Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

810803 ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR O LUMBOSACRA TECNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACION MODULAR
Fecha: 27 oct. 2018 14:00
Lateralidad: No Aplica **Medico:** GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

805128 ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR ABIERTA
Fecha: 27 oct. 2018 14:00
Lateralidad: No Aplica **Medico:** GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Procedimiento de Fisioterapia

27 octubre 2018 17:55 - *(CIRUGIA)*

Paciente con Acompañante: : Si
Acompañante: : FAMILIAR
Fecha y Hora: : 27/10/2018 05:51:29 p. m.
Descripción : SOPORTE DE OXIGENO INICIAL: SIN SOPORTE DE OXIGENO

SOPORTE DE OXIGENO FINAL: SIN SOPORTE DE OXIGENO

DIAGNÓSTICO MÉDICO:LAMINECTOMIA

ANTECEDENTES: DIABETES HTA

SIGNOS VITALES:
FRECUENCIA CARDIACA: 102LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA:20RPM
SATURACION DE O2:95%
ESCALA DE BORG:0/10
ESCALA DE EVA:0/10

EVALUACION:
INSPECCIÓN: PATRON RESPIRATORIO SUPERFICIAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
PALPACIÓN: TORAX SIMETRICO, SIN ALTERACION
AUSCULTACIÓN: RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES, SIN RUIDOS ADVENTICIOS.

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:
MEJORAR VOLUMENES Y CAPACIDADES PULMONARES
MEJORAR FUERZA EN MUSCULOS RESPIRATORIOS
MEJORAR REEXPANSION PULMONAR
EVITAR MAYORES COMPLICACIONES A NIVEL PULMONAR

EVOLUCIÓN:
ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, DESPIERTO, ALERTA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON DREN, SIN SOPORTE DE OXIGENO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TORAX SIEMTRICO, POBRE EXCURSION TORACICA, PATRON RESPIRATORIO SUPERFICIAL, NO TOS, NO SECRECION.
REALIZO POSICIONAMIENTO EN CAMA, FISIOTERAPIA DE TORAX, MANIOBRAS DE BLOQUEO,AUMENTO DE FLUJO, FACILITACION DEL PATRON RESPIRATORIO, EJERCICIOS DE REEXPANSION PULMONAR,SE SOLICITA INCENTIVO RESPIRATORIO.

PACIENTE TOLERA TRATAMIENTO, QUEDA ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION.
SE DAN RECOMENDACIONES

Firmado electrónicamente por **ELIANA MARIA CARDONA PEREZ** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 767603 Identificación CC 38464972

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Nota Quirúrgica

27 octubre 2018 14:00 - *(CIRUGIA)*

Descripción de acto quirúrgico / hallazgos

ASA **3** Tipo de Cirugia **Electiva** Tipo de Herida **Limpia** Tiempo de Cirugia **0**min Profilaxis **SI**
PACIENTE CON SEUDOARTROSIS DE COLUMNA, L5-S1
FALLA DEL MATERIAL DE OTS
RUPTURA DEL TORNILLO DE S1 IZQ
ESTENOSIS FORMAINAL BIALTERAL
SE PROCEDE A REALIZAR CIRUGIA COMPLEJA DE REVISION DE ARTRODESIS:
REFUCION LUMBAR POR VIA ANTERIOR
REFUSION LUMBAR POSTEROLATERAL
COLOCACION DE NUEVOS IMPLANATES EN L4-L5-S1 EN FORMA BILATERAL
RETIRO DEL MATERIAL DE OTS ANTERIOR
ARTRODESIS INTERSOMATICA, CAJA PLIF L5-S1
ARTRODESIS CON AUTOINJERTOS MTOMADO DE CRESTA ILIACA, MASTRIX OSEA E INFUSE
PREVIA ASEPSIA CCON DURAPREP
ABORDAJE SOBRE CICATRIZ ANTIGUA
DISECCION HASTA LLEGAR A LAMINAS Y TRANVERSAS ENCONTRANDO FIBROSIS MUY SEVERA POR LAS CIRUGIAS PREVIAS
SE EXPONE EL MATERARIAL DE OTS ENCONTRANDO AFLOJAMIENTO DE TODOS LOS TORNILLOS Y RUPTURA DEL TORNILLO IZQ DE S1
SE RETIRA EL MATERIAL,
SE PROCEDE A EXPONER LAS TRANSVERSAS Y LAMINAS DE L4-L5-S1 RETIRANDO LA FIBROSIS
SE RETIRA EL TORNILLO ROTO DE S1 IZQ
SE COLOCAN TORNILLOS TRANSPEDICUALRES L4-L5-S1 EN FORMA BILATERAL (SISTEMA SOLERA DE MEDTRONIC, ISO) CON CONTROL FLUOROSCOPICO OBSERVANDO ADECUADA COLOCACIOIN DEL INSTRUMENTAL
BAJO MAGNIFICACION CON LUPAS, SE REALIZA RESECCION DEL DISCO L5-S1 A TRAVES DE VIA TRANSFORAMINAL
SE PREPARA EL SEGMENTO L5-S1 PARA LA COLOCACION DE LA CAJA
SE COLOCA CAJA INTERSOMATICA TIPO TLIF (ISO, MEDTRONIC) RELLENA DE AUTOINJERTO E INFUSE DE 0.7 CC (MEDTRONIC, ISO)
SE REALIZA FIJACION DEL SISTEMA CON 2 BARRAS Y 6 TOPES (MEDTRONIC, ISO)
SE TOMA INJEROS DEL ILIACO
SE PROCEDE A REALIZAR ARTRODESIS POSTEROLATERAL CON AUTOINJERTOS+MATRIX OSEA 10 CC DE SUFASE
SE APLICA VANCOMICINA TOPICA
CIERRE POR PLANOS
SE DEJA DRENAJESE CUBRE HERIDA CON ABDOMINAL PAD+TEGADER DE 20X30

Cantidad de sangrado aproximado (cc): 400
Muestras

enviadas a patología:
DISCO L5-S1
Complicaciones:
NO

Colaboradores

Anestesiologo 1: VELASQUEZ MALVENY LUIS MIGUEL
Cirujano 2: GONZALEZ TENORIO MARIO GERMAN
Cirujano 1 (Ppal): CASAS CASTILLO GERARDO

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Control de Medicamentos

27 octubre 2018 09:06 - *(CIRUGIA)*

∗ 27 Oct 2018 09:06 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 AMPOLLA Via IRRIGACIÓN

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 09:11 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: BALON SONDA VESICAL.
* 27 Oct 2018 09:11 AGUA ESTERIL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via OTROS

* 27 Oct 2018 09:11 LIDOcaina JALEA AL 2% GEL TOPICA JERINGA PRELLENA x 10 mL 1 AMPOLLA Via URETRAL

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 09:13 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: DILUCION VANCOMICINA 1GR.
* 27 Oct 2018 09:13 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 09:14 - *(CIRUGIA)*
* 27 Oct 2018 09:14 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

* 27 Oct 2018 09:14 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

* 27 Oct 2018 09:14 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB2323 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia
* 27 Oct 2018 09:14 KEtamina CLORHIDRATO 50 mg / 1mL SOLUCION INYECTABLE JP x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 09:22 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: 80MG.
* 27 Oct 2018 09:22 ROXIcaina SIMPLE 2% (20 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia
* 27 Oct 2018 09:22 ONDAX 8 mg / 4 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 4 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: profilaxis antibiotica 1gr.
* 27 Oct 2018 09:00 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 09:23 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: profilaxis antibiotica 1gr.
* 27 Oct 2018 09:01 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: profilaxis antibiotica 2gr.
* 27 Oct 2018 08:45 AZTREONAM 1gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: profilaxis antibiotica 2gr.
* 27 Oct 2018 08:45 AZTREONAM 1gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia
* 27 Oct 2018 09:23 PROPOFOL 1% (10 mg / 1 mL) EMULSION INYECTABLE AMPOLLA x 50 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 09:24 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: Ver registro de anestesia
* 27 Oct 2018 09:24 TRANEXAM 500 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia
* 27 Oct 2018 09:24 TRANEXAM 500 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia
* 27 Oct 2018 09:24 TRANEXAM 500 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 09:25 - *(CIRUGIA)*

* 27 Oct 2018 09:25 BUPIVAcaina 0,5% EPINEFRINA 1:200.000 SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

* 27 Oct 2018 09:25 BUPIVAcaina 0,5% EPINEFRINA 1:200.000 SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 09:26 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 27 Oct 2018 09:26 FENtanilo 0,1mg / 2mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 27 Oct 2018 09:26 DEXAmetasona FOSFATO 4 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

* 27 Oct 2018 09:26 RANitidina 50 mg / 2mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 09:36 - *(CIRUGIA)*

* 27 Oct 2018 09:36 NEXIUM 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

* 27 Oct 2018 09:36 DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 09:38 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 27 Oct 2018 09:38 ULTIVA 2 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 27 Oct 2018 09:38 CISATRACURIO BESILATO 10 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 09:39 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 27 Oct 2018 09:39 DEXAmetasona FOSFATO 4 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 09:40 - *(CIRUGIA)*

* 27 Oct 2018 09:40 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 10:07 - *(CIRUGIA)*

* 27 Oct 2018 10:07 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB2323 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 10:16 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 27 Oct 2018 10:16 TRANEXAM 500 mg / 5 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 5 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: ANALAGESIA EV OXYRAPID 10AMP.

* 27 Oct 2018 10:16 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

* 27 Oct 2018 10:16 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB 1323 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 10:30 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: VER REGISTRO ANX.

* 27 Oct 2018 10:30 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: ANALAGESIA EV 10AMP.

* 27 Oct 2018 10:30 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: ANALAGESIA EV 10AMP.

* 27 Oct 2018 10:30 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: ANALAGESIA EV 10AMP.

* 27 Oct 2018 10:30 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: ANALAGESIA EV 10AMP.

* 27 Oct 2018 10:30 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: ANALAGESIA EV 10AMP.

* 27 Oct 2018 10:30 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: ANALAGESIA EV 10AMP.

* 27 Oct 2018 10:30 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 10:31 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: ANALAGESIA EV 10AMP.

* 27 Oct 2018 10:31 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: ANALAGESIA EV 10AMP.

* 27 Oct 2018 10:31 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: ANALAGESIA EV 10AMP.

* 27 Oct 2018 10:31 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: ANALAGESIA EV 10AMP.

* 27 Oct 2018 10:31 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 12:06 - *(CIRUGIA)*

* 27 Oct 2018 12:06 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB2323 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 12:08 - *(CIRUGIA)*

* 27 Oct 2018 12:08 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 AMPOLLA Via IRRIGACIÓN

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 12:30 - *(CIRUGIA)*

* 27 Oct 2018 12:30 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500 mL REF:ARB2323 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 12:37 - *(CIRUGIA)*

∗ 27 Oct 2018 12:37 BUPIVAcaina 0,5% EPINEFRINA 1:200.000 SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 12:54 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: MESA QX.
∗ 27 Oct 2018 12:54 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via OTROS

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 12:56 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: MESA QX.
∗ 27 Oct 2018 12:56 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via OTROS

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 13:25 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: Ver registro de anestesia
∗ 27 Oct 2018 13:25 halopERidol 5 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DANIEL FELIPE PERLAZA DE LA CRUZ** -- CIRCULANTE
Identificación CC 1144084293

27 octubre 2018 15:11 - *(CIRUGIA)*
∗ 27 Oct 2018 15:11 PROPOFOL 1% (10 mg / 1 mL) EMULSION INYECTABLE AMPOLLA x 50 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LUZ EDILCE BELALCAZAR VALENCIA** -- AUXILIAR DE SUMINISTROS
Identificación CC 66837997

27 octubre 2018 15:44 - *(CIRUGIA)*
Observaciones: Vía: EV Frecuencia: Dilución:
∗ 27 Oct 2018 15:44 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 FRASCO Via ENDOVENOSA

Observaciones: Vía: EV Frecuencia: Dilución: A 100CC SSN
∗ 27 Oct 2018 15:44 AZTREONAM 1gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Vía: EV Frecuencia: Dilución:
∗ 27 Oct 2018 15:45 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LILIANA POMBO BENAVIDES** -- RECUPERADORA
Identificación CC 38671169

Diagnósticos de Egreso	**Localización**	**Tipo DX**
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Datos de Enfermeria

Dispositivos Invasivos

Firmado Electrónicamente por **CASAS CASTILLO GERARDO**
Identificación **CC 16629449**
Especialidad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**
Tarjeta Profesional **11654**

Clínica Imbanaco
Grupo quirónsalud

Historia Clínica de la Atención

HOSPITALIZACION

Dirección: **CRA. 38A NO. 5A - 100. TORRE A Ninguno**
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **1320**

Atención No.**11382955**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **53 Años 5 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **27-oct.-2018 16:46** Fecha y hora de Atención **27-oct.-2018 16:47**
El paciente se moviliza por sus propios medios? **No** Medio de trasporte
Estado de llegada **Alerta** Procedencia **Cirugia**
Llegó remitido de

Causa de Consulta y Anamnesis

Causa del evento: **CIRUGIA**
Fecha de ocurrencia: **27/10/2018 16:47** Tiempo de evolución: **1 Horas** Tipo de evento: **Enfermedad General**
Tipo consulta PyP: Sito de ocurrencia: **CMI**

Enfermedad Actual - (Anamnesis)

PACIENTE CON SEUDOARTROSIS DE COLUMNA, L5-S1
FALLA DEL MATERIAL DE OTS
RUPTURA DEL TORNILLO DE S1 IZQ
ESTENOSIS FORMAINAL BIALTERAL
SE PROCEDE A REALIZAR CIRUGIA COMPLEJA DE REVISION DE ARTRODESIS:
REFUCION LUMBAR POR VIA ANTERIOR
REFUSION LUMBAR POSTEROLATERAL
COLOCACION DE NUEVOS IMPLANATES EN L4-L5-S1 EN FORMA BILATERAL
RETIRO DEL MATERIAL DE OTS ANTERIOR
ARTRODESIS INTERSOMATICA, CAJA PLIF L5-S1
ARTRODESIS CON AUTOINJERTOS MTOMADO DE CRESTA ILIACA, MASTRIX OSEA E INFUSE
PREVIA ASEPSIA CCON DURAPREP
ABORDAJE SOBRE CICATRIZ ANTIGUA
DISECCION HASTA LLEGAR A LAMINAS Y TRANVERSAS ENCONTRANDO FIBROSIS MUY SEVERA POR LAS CIRUGIAS PREVIAS
SE EXPONE EL MATERARIAL DE OTS ENCONTRANDO AFLOJAMIENTO DE TODOS LOS TORNILLOS Y RUPTURA DEL TORNILLO IZQ DE S1
SE RETIRA EL MATERIAL,
SE PROCEDE A EXPONER LAS TRANSVERSAS Y LAMINAS DE L4-L5-S1 RETIRANDO LA FIBROSIS
SE RETIRA EL TORNILLO ROTO DE S1 IZQ
SE COLOCAN TORNILLOS TRANSPEDICUALRES L4-L5-S1 EN FORMA BILATERAL (SISTEMA SOLERA DE MEDTRONIC, ISO) CON CONTROL FLUOROSCOPICO OBSERVANDO ADECUADA COLOCACIOIN DEL INSTRUMENTAL
BAJO MAGNIFICACION CON LUPAS, SE REALIZA RESECCION DEL DISCO L5-S1 A TRAVES DE VIA TRANSFORAMINAL
SE PREPARA EL SEGMENTO L5-S1 PARA LA COLOCACION DE LA CAJA
SE COLOCA CAJA INTERSOMATICA TIPO TLIF (ISO, MEDTRONIC) RELLENA DE AUTOINJERTO E INFUSE DE 0.7 CC (MEDTRONIC, ISO)
SE REALIZA FIJACION DEL SISTEMA CON 2 BARRAS Y 6 TOPES (MEDTRONIC, ISO)
SE TOMA INJEROS DEL ILIACO
SE PROCEDE A REALIZAR ARTRODESIS POSTEROLATERAL CON AUTOINJERTOS+MATRIX OSEA 10 CC DE SUFASE
SE APLICA VANCOMICINA TOPICA
CIERRE POR PLANOS
SE DEJA DRENAJESE CUBRE HERIDA CON ABDOMINAL PAD+TEGADER DE 20X30

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Alérgicos	- 10/03/2017 06:46 p. m. - hidromorfona
	29/12/2016 10:05 a. m. - dipirona(Reg: 03 Ago 2017 19:35:)
Alérgicos	- HIDROMORFONA(Reg: 10 Mar 2017 18:46:)

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	Hipertensión Arterial - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Otros - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Diabetes - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2017 10:56:)
Patológicos	- hta, dm tipo ii, rge, sinusitis, hepatitis, gastritis, extabaquismo, insomnio, trastorno de ansiedad y dificil manejo del dolor(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Farmacológicos	- Pregabalina y Palexis Retard(Reg: 12 Jun 2017 14:02:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	Reaccion medicamentos actuales - METFORMINA, ENALAPRIL, SINAGEL,LIRICA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Farmacológicos	- pregabalina 150 mg cada 12 horas, amitriptilina 1/4 tab al dia, esomeprazol, losartan 50 mg cada 12 horas, hipoglicemiantes orales, zopiclona 15 mg/noche(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Transfusiones	- (Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)
Otros	Antecedentes quirurgicos - IMPLANTES DE TORNILLO EN ESPALDA, APENDICETOMIA, AMIGDALAS, CX DE CAMPANA DE ADAN(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Cuando resultado uro - DIPIRONA, HIDROMORFONA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Peso EC Unid Urol - 86KG(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Procedimiento que se va a realizar - - FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Talla EC Unid Urol - 1.80MT(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Tiene resultado de urocultivo - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Entrega preparacion - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Explica procedimientos - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)

Antecedentes Familiares		**Mamá**	**Papá**	**Hno(a)**	**Abuelo(a)**	**Conyugue**	**Hijo(a)**	**Otros**
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							

Signos vitales

Fecha	P. A.	PAM	P. Pulm.	PPM	PVC	Temp °C	F.Card.	F. Resp	Sat O2	FIO2
27/oct./2018 17:00	150/89	109	/			36	90	20	91	21
27/oct./2018 22:08	142/73	96	/			35.8	99	20	91	21
28/oct./2018 06:00	107/60	76	/			36.2	85	19	94	21
28/oct./2018 09:00	103/67	79	/			35.7	84	19	95	21
28/oct./2018 17:03	110/63	79	/			36.3	86	18	91	21

	28/oct./2018 22:02	138/78	98	/			36.2	97	18	95	21
	29/oct./2018 06:32	97/55	69	/			35.7	77	18	95	21
	29/oct./2018 10:58	133/86	102	/			35.6	96	18	93	21
	29/oct./2018 14:45	134/78	97	/			36	88	17	92	21
	29/oct./2018 22:07	127/91	103	/			36.4	96	17	94	21
	30/oct./2018 06:56	95/60	72	/			36.4	76	16	90	21
	30/oct./2018 10:07	140/88	105	/			35.4	96	18	97	21
	30/oct./2018 15:25	112/78	89	/			36.2	83	20	96	21
	30/oct./2018 21:00	149/93	112	/			36.6	96	18	98	21
	30/oct./2018 22:00	0/0	0	/			0	0	0	0	21
	31/oct./2018 05:56	111/55	74	/			35.7	83	20	94	21
	31/oct./2018 06:57	0/0	0	/			0	0	0	0	21
	31/oct./2018 11:15	139/85	103	/			35.7	86	20	96	21

Revisión por Sistemas

27 octubre 2018 16:53 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones. . . . . **Revisión por sistemas negativo**

Firmado electrónicamente por **CRISTHIAN VASQUEZ AGUIRRE** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 762447/15 Identificación CC 1144024219

Examen Físico

27 octubre 2018 16:53 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Estado General. . . . . **Alerta, hidratado**
Cabeza. . . . . **Normocefala**
Boca y Faringe. . . . . **Orl normal**
Cuello. . . . . **No masas**
Tórax. . . . . **Ruidos cardiacos rítmicos, no ausculto soplos. Torax simétrico, no sobreagregados**
Abdomen. . . . . **Blando, depresible, no megalias**
Genito - Urinario. . . . . **Se omite**
Musculo-esquelético. . . . . **Eutroficas, no edemas**
Neurológico. . . . . **Sin déficit motor ni sensitivo aparente**
Piel. . . . . **Sin alteraciones**
Analisis. . . . . **Paciente con historia clinica descrita, ingresa para vigilancia clinica y control analgésico. Estable, continua igual manejo médico.**
Observaciones. . . . . **Revisión por sistemas negativo**

Firmado electrónicamente por **CRISTHIAN VASQUEZ AGUIRRE** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 762447/15 Identificación CC 1144024219

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	**Tipo DX**
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **LINA MARIA VELEZ VILLEGAS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 761059-99 Identificación CC 31997638

Notas de Evolución

28 octubre 2018 09:20 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS

Laboratorios:
Hemograma: Leucocitos 14.320, Neu 79.1%, Lin 12.3%, Hb 14.3 g/dl, Hto 43.6%, Plt 193.000
Creatinina 0.95 mg/dl

* Hemograma con leucocitosis y neutrofilia esperados en proceso posquirúrgico, resto normal. Creatinina normal.

Tipo Estancia: Hospitalización
Criterio: Paciente que requiera tratamiento médico prolongado con medicaciones endovenosas

Firmado electrónicamente por **CRISTHIAN VASQUEZ AGUIRRE** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 762447/15 Identificación CC 1144024219

28 octubre 2018 13:33 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:

(M431) ESPONDILOLISTESIS. 1 DIAS POP, REFIERE SENTIRSE BIEN, CON EL DOLOR CONTROLADO, MEJORIA DEL DOLOR RADICULAR EN MS IS, SIN DEFICIT MOTOR, HERIDA CON SANGRADO MODERADO, DRENAJE POR HEMOVAC ACTIVO
PLAN: IGUAL MANEJO, CURACION DE LA HERIDA
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

29 octubre 2018 13:44 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.3

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS, BUENA EVOLCUION, ALERTA, AFEBRIL, HEMODIANMEICAMENTE ESTABLES, SIN DEFICIT MOTOR NI SESNITIVO, HERIDA LIMPIA
CONTINUA IGUAL MANEJO

Tipo Estancia: Hospitalización
Criterio: Paciente con patología que requiera seguimiento clínico por tiempo superior a 6 horas

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

29 octubre 2018 15:58 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.3

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS

Paciente con goteo continuo en bomba PCA, finaliza mezcla, por orden de Anestesiología, se indica inicio de Oxyrapid.

Firmado electrónicamente por **CRISTHIAN VASQUEZ AGUIRRE** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 762447/15 Identificación CC 1144024219

30 octubre 2018 15:35 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.4

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS, BEUNA EVOLCUION , AFEBRIL, SIN DEFICIT NEUROLOGICO, SE QUEJA DE MAS DOLOR PORQUE SE LE SUSPENDIO LA BOMBA DE ANALGESIA, POCO DRENAJE POR HEMOVAC.
PLAN RETIRO DEL HEMOVAC, SE REAJUSTA LA DOSIS DE ANALGESIA

Tipo Estancia: Hospitalización
Criterio: Paciente con patología que requiera seguimiento clínico por tiempo superior a 6 horas

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

31 octubre 2018 13:43 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Día de Hospitalización No.5

Diagnósticos:
(M431) ESPONDILOLISTESIS, AFEBRIL, ALERTA, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLOR CONTROLADO, SIN DEFICIT. SE DA DE ALTA CON RECOMENDACIONES

Tipo Estancia: Hospitalización
Criterio: Paciente con patología que requiera seguimiento clínico por tiempo superior a 6 horas

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Nota de Egreso

31 octubre 2018 13:46 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

PACIENTE CON SEUDOARTROSIS DE COLUMNA, L5-S1
FALLA DEL MATERIAL DE OTS
RUPTURA DEL TORNILLO DE S1 IZQ

ESTENOSIS FORMAINAL BIALTERAL
SE PROCEDE A REALIZAR CIRUGIA COMPLEJA DE REVISION DE ARTRODESIS:
REFUCION LUMBAR POR VIA ANTERIOR
REFUSION LUMBAR POSTEROLATERAL
COLOCACION DE NUEVOS IMPLANATES EN L4-L5-S1 EN FORMA BILATERAL
RETIRO DEL MATERIAL DE OTS ANTERIOR
ARTRODESIS INTERSOMATICA, CAJA PLIF L5-S1
ARTRODESIS CON AUTOINJERTOS MTOMADO DE CRESTA ILIACA, MASTRIX OSEA E INFUSE
PREVIA ASEPSIA CCON DURAPREP
ABORDAJE SOBRE CICATRIZ ANTIGUA
DISECCION HASTA LLEGAR A LAMINAS Y TRANVERSAS ENCONTRANDO FIBROSIS MUY SEVERA POR LAS CIRUGIAS PREVIAS
SE EXPONE EL MATERARIAL DE OTS ENCONTRANDO AFLOJAMIENTO DE TODOS LOS TORNILLOS Y RUPTURA DEL TORNILLO IZQ DE S1
SE RETIRA EL MATERIAL,
SE PROCEDE A EXPONER LAS TRANSVERSAS Y LAMINAS DE L4-L5-S1 RETIRANDO LA FIBROSIS
SE RETIRA EL TORNILLO ROTO DE S1 IZQ
SE COLOCAN TORNILLOS TRANSPEDICUALRES L4-L5-S1 EN FORMA BILATERAL (SISTEMA SOLERA DE M

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Ordenes de Examenes

27 octubre 2018 16:50 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* (Hora: 16:50) 902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO Ubicación **No Aplica**
  Observaciones mañana

* (Hora: 16:50) 903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS Ubicación **No Aplica**
  Observaciones mañana

Firmado electrónicamente por **CRISTHIAN VASQUEZ AGUIRRE** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 762447/15 Identificación CC 1144024219

Ordenes de Medicamentos

27 octubre 2018 16:54 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 **Dosificación**: 1000CC
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia:80CC/HR Dilución:

* VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 1GR
  Observaciones: Dilución: YA ANOTADA EN 1HR X BOMBA 10PM-10AM

* AZTREONAM 1gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 1GR
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 4PM-12PM-8AM Y SUSPENDER Dilución:EN 100CC DE SSN0.9% EN 30MIN

* oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 100MGRS
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia:1MGR/HR+BOLOS DE 1MGR C/15MIN,TOPE 4HRS DE 8MGRS Dilución:EN 90CC DE SSN0.9% Cantidad en Letras( )

* PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL **Dosificación**: 1GR
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 4PM Y C/8 HRS Dilución:

* BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación**: 4MGRS
  Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C/6 HRS X NAUSEAS Dilución:A 10CC EN AD LENTO

* ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO **Dosificación**: 40MGRS
  Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia: 6AM C/24 HRS Dilución:

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 150MGRS
  Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia:10PM-10AM Dilución:

* XANAX 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: 0.5MGRS
  Observaciones: Vía: 0RAL Frecuencia: 12PM C/24 HRS Dilución: Cantidad en Letras( )

* DULCOLAX 5mg GRAGEA **Dosificación**: 5MGRS
  Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia: 8AM CON DESAYUNO C//24 HRS Dilución:

* DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 40MGRS
Observaciones: Vía:IV Frecuencia: 10PM-10AM Dilución:EN 3CC DE SSN0.9% DIRECTO

Firmado electrónicamente por **CRISTHIAN VASQUEZ AGUIRRE** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 762447/15 Identificación CC 1144024219

28 octubre 2018 13:33 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 **Dosificación**: 1000CC
Observaciones: Vía: IV Frecuencia:80CC/HR Dilución:

* VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 1GR
Observaciones: Dilución: YA ANOTADA EN 1HR X BOMBA 10PM-10AM

* AZTREONAM 1gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 1GR
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 4PM-12PM-8AM Y SUSPENDER Dilución:EN 100CC DE SSN0.9% EN 30MIN
Suspendido por: dosis ya administrada

* oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 100MGRS
Observaciones: Vía: IV Frecuencia:1MGR/HR+BOLOS DE 1MGR C/15MIN,TOPE 4HRS DE 8MGRS Dilución:EN 90CC DE SSN0.9% Cantidad en Letras( )

* PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL **Dosificación**: 1GR
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 4PM Y C/8 HRS Dilución:

* BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación**: 4MGRS
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C/6 HRS X NAUSEAS Dilución:A 10CC EN AD LENTO

* ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO **Dosificación**: 40MGRS
Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia: 6AM C/24 HRS Dilución:

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 150MGRS
Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia:10PM-10AM Dilución:

* XANAX 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: 0.5MGRS
Observaciones: Vía: 0RAL Frecuencia: 12PM C/24 HRS Dilución: Cantidad en Letras( )

* DULCOLAX 5mg GRAGEA **Dosificación**: 5MGRS
Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia: 8AM CON DESAYUNO C//24 HRS Dilución:

* DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 40MGRS
Observaciones: Vía:IV Frecuencia: 10PM-10AM Dilución:EN 3CC DE SSN0.9% DIRECTO

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

29 octubre 2018 13:45 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* AZTREONAM 1gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 1GR
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 4PM-12PM-8AM Y SUSPENDER Dilución:EN 100CC DE SSN0.9% EN 30MIN

* LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 **Dosificación**: 1000CC
Observaciones: Vía: IV Frecuencia:80CC/HR Dilución:

* VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 1GR
Observaciones: Dilución: YA ANOTADA EN 1HR X BOMBA 10PM-10AM

* oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 100MGRS
Observaciones: Vía: IV Frecuencia:1MGR/HR+BOLOS DE 1MGR C/15MIN,TOPE 4HRS DE 8MGRS Dilución:EN 90CC DE SSN0.9% Cantidad en Letras( )

* PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL **Dosificación**: 1GR
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 4PM Y C/8 HRS Dilución:

* BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación**: 4MGRS
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C/6 HRS X NAUSEAS Dilución:A 10CC EN AD LENTO

* ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO **Dosificación**: 40MGRS
Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia: 6AM C/24 HRS Dilución:

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 150MGRS
Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia:10PM-10AM Dilución:

* XANAX 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: 0.5MGRS
Observaciones: Vía: 0RAL Frecuencia: 12PM C/24 HRS Dilución: Cantidad en Letras( )

* DULCOLAX 5mg GRAGEA **Dosificación**: 5MGRS
Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia: 8AM CON DESAYUNO C//24 HRS Dilución:

* DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 40MGRS
Observaciones: Vía:IV Frecuencia: 10PM-10AM Dilución:EN 3CC DE SSN0.9% DIRECTO

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

29 octubre 2018 15:58 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 3mg/dosis
Observaciones: 3 mg EV cada 3 horas

Firmado electrónicamente por **CRISTHIAN VASQUEZ AGUIRRE** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 762447/15 Identificación CC 1144024219

30 octubre 2018 15:35 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* AZTREONAM 1gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 1GR
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 4PM-12PM-8AM Y SUSPENDER Dilución:EN 100CC DE SSN0.9% EN 30MIN

* LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 **Dosificación**: 1000CC
Observaciones: Vía: IV Frecuencia:80CC/HR Dilución:

* VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 1GR
Observaciones: Dilución: YA ANOTADA EN 1HR X BOMBA 10PM-10AM

* PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL **Dosificación**: 1GR
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: 4PM Y C/8 HRS Dilución:

* BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación**: 4MGRS
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C/6 HRS X NAUSEAS Dilución:A 10CC EN AD LENTO

* ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO **Dosificación**: 40MGRS
Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia: 6AM C/24 HRS Dilución:

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 150MGRS
Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia:10PM-10AM Dilución:

* XANAX 0,5 mg TABLETA **Dosificación**: 0.5MGRS
Observaciones: Vía: 0RAL Frecuencia: 12PM C/24 HRS Dilución: Cantidad en Letras( )

* DULCOLAX 5mg GRAGEA **Dosificación**: 5MGRS
Observaciones: Vía:ORAL Frecuencia: 8AM CON DESAYUNO C//24 HRS Dilución:

* DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 40MGRS
Observaciones: Vía:IV Frecuencia: 10PM-10AM Dilución:EN 3CC DE SSN0.9% DIRECTO

* oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL **Dosificación**: 5CC
Observaciones: Vía: IV Frecuencia: C76HORAS Dilución: 10CC Cantidad en Letras( )

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Ordenes Generales

28 octubre 2018 13:33 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Curación de herida
Retiro sonda vesical

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

29 octubre 2018 17:06 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Terapia respiratoria 1 VEZ AL DIA

Firmado electrónicamente por **CRISTHIAN VASQUEZ AGUIRRE** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 762447/15 Identificación CC 1144024219

30 octubre 2018 15:38 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Tapon Heparinizado
Otras ordenes: RETIRO DE HEMOVAC, NO TIENE PUNTOS

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Procedimientos Fisioterapia

28 octubre 2018 14:39 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Paciente con Acompañante: : Si
Acompañante: : FAMILIAR
Fecha y Hora: : 28/10/2018 02:37:53 p. m.
Descripción : SOPORTE DE OXIGENO INICIAL Y FINAL: SIN SOPORTE DE OXIGENO

DIAGNÓSTICO MÉDICO:LAMINECTOMIA

ANTECEDENTES: DIABETES HTA

SIGNOS VITALES:
FRECUENCIA CARDIACA: 89LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA:20RPM
SATURACION DE O2:98%
ESCALA DE BORG:0/10
ESCALA DE EVA:0/10

EVALUACION:
INSPECCIÓN: PATRON RESPIRATORIO SUPERFICIAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
PALPACIÓN: TORAX SIMETRICO, SIN ALTERACION
AUSCULTACIÓN: RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES, SIN RUIDOS ADVENTICIOS.

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:
MEJORAR VOLUMENES Y CAPACIDADES PULMONARES
MEJORAR FUERZA EN MUSCULOS RESPIRATORIOS
MEJORAR REEXPANSION PULMONAR
EVITAR MAYORES COMPLICACIONES A NIVEL PULMONAR

EVOLUCIÓN:
ENCUENTRO PACIENTE SEDENTE EN SILLA RECLINOMATIC, DESPIERTO, ALERTA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON DREN, SIN SOPORTE DE OXIGENO, SE REALIZA POSICIONAMIENTO EN SILLA, EJERCICIOS RESPIRATORIOS CON ELEVACION DE MMSS EN DIFERENTES DIRECCIONES, MOVILIZACIONES COSTALES, DRENAJES, BLOQUEOS, INSPIRACIONES PROFUNDAS Y SOSTENIDAS, FACILITACION DE PATRON DIAFRAGMATICO, INCENTIVO MOVILIZANDO 600CC/SEG 2 SERIES DE 10 REPETICIONES.
TOLERA INTERVENCION Y ES DEJADO EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.

Firmado electrónicamente por **LAURA XIMENA SALAZAR CIENDUA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 760527 Identificación CC 1144141026

29 octubre 2018 12:05 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Paciente con Acompañante: : Si
Acompañante: : FAMILIAR
Fecha y Hora: : 29/10/2018 12:03:30 p. m.
Descripción : SOPORTE DE OXIGENO INICIAL Y FINAL: SIN SOPORTE DE OXIGENO

DIAGNÓSTICO MÉDICO:LAMINECTOMIA

ANTECEDENTES: DIABETES HTA

SIGNOS VITALES:
FRECUENCIA CARDIACA: 91LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA:16RPM
SATURACION DE O2:97%
ESCALA DE BORG:0/10
ESCALA DE EVA:0/10

EVALUACION:
INSPECCIÓN: PATRON RESPIRATORIO SUPERFICIAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
PALPACIÓN: TORAX SIMETRICO, SIN ALTERACION
AUSCULTACIÓN: RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES, SIN RUIDOS ADVENTICIOS.

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:
MEJORAR VOLUMENES Y CAPACIDADES PULMONARES
MEJORAR FUERZA EN MUSCULOS RESPIRATORIOS
MEJORAR REEXPANSION PULMONAR
EVITAR MAYORES COMPLICACIONES A NIVEL PULMONAR

EVOLUCIÓN:
ENCUENTRO PACIENTE SEDENTE EN SILLA ACOMPAÑADO DE FAMILIAR, SE REALIZAN EJERCICIOS RESPIRATORIOS ACOMPAÑADOS DE MMSS, REEDUCACION DE PATRON DIAFRAGMATICO, INSPIRACIONES PROFUDNAS Y FRACCIONADAS, INCENTIVO RESPIRATORIO MOVILIZANDO 1200CC/SEG. TOLERA INTERVENCION

Firmado electrónicamente por **RAQUEL PRECIADO MEDINA** -- FISIOTERAPEUTA
Identificación CC 1130633894

30 octubre 2018 12:12 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Paciente con Acompañante: : Si
Acompañante: : ESPOSA
Fecha y Hora: : 30/10/2018 12:12:15 p. m.
Descripción : SOPORTE DE OXIGENO INICIAL Y FINAL: SIN SOPORTE DE OXIGENO

DIAGNÓSTICO MÉDICO:LAMINECTOMIA

ANTECEDENTES: DIABETES HTA

SIGNOS VITALES:
FRECUENCIA CARDIACA: 83LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA:20RPM
SATURACION DE O2:98%
ESCALA DE BORG:0/10
ESCALA DE EVA:0/10

EVALUACION:
INSPECCIÓN: PATRON RESPIRATORIO SUPERFICIAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
PALPACIÓN: TORAX SIMETRICO, SIN ALTERACION
AUSCULTACIÓN: RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES, SIN RUIDOS ADVENTICIOS.

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:
MEJORAR VOLUMENES Y CAPACIDADES PULMONARES
MEJORAR FUERZA EN MUSCULOS RESPIRATORIOS
MEJORAR REEXPANSION PULMONAR
EVITAR MAYORES COMPLICACIONES A NIVEL PULMONAR

EVOLUCIÓN:
ENCUENTRO PACIENTE DEAMBULANDO POR LA HABITACION, DESPIERTO, ALERTA, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, CON DREN, SIN SOPORTE DE OXIGENO, SE REALIZA POSICIONAMIENTO EN SILLA, EJERCICIOS RESPIRATORIOS CON ELEVACION DE MMSS EN DIFERENTES DIRECCIONES, MOVILIZACIONES COSTALES, DRENAJES, BLOQUEOS, INSPIRACIONES PROFUNDAS Y SOSTENIDAS, FACILITACION DE PATRON DIAFRAGMATICO, INCENTIVO MOVILIZANDO 600CC/SEG 2 SERIES DE 10 REPETICIONES.
TOLERA INTERVENCION Y ES DEJADO EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.

Firmado electrónicamente por **LAURA XIMENA SALAZAR CIENDUA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 760527 Identificación CC 1144141026

31 octubre 2018 11:28 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Paciente con Acompañante: : Si
Acompañante: : hijo
Fecha y Hora: : 31/10/2018 11:26:45 a. m.
Descripción : SOPORTE DE OXIGENO: NO

DIAGNÓSTICO MÉDICO:LAMINECTOMIA

ANTECEDENTES: DIABETES HTA

SIGNOS VITALES:
FRECUENCIA CARDIACA: 78 LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18 RPM

SATURACION DE O2: 97 %
ESCALA DE BORG: 0
ESCALA DE EVA: 0

EVALUACION:
INSPECCIÓN: PATRON RESPIRATORIO COSTAL
PALPACIÓN: SIN ALTERACIONES
AUSCULTACIÓN: RUIDO RESPIRATORIO CONSERVADO, NO RSA

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:
MANTENER OXIGENACION, VOLUMENES Y CAPACIDADES PULMONARES
HIGIENE BRONQUIAL

EVOLUCIÓN:
ENCUENTRO PACIENTE EN HABITACION DESPIERTO, ALERTA Y COLABORADOR, SE REALIZAN EJERCICIOS RESPIRATORIOS CON MMSS, INSPIRACIONES PROFUNDA SY SOSTNEIDA, AFES, INCENTIVO RESPIRATORIO Y MOVILIZACIONES-BLOQUEOS COSTALES.

TOLERA LA TERAPIA

Firmado electrónicamente por **PEDRO ALEJANDRO NIETO ERAZO** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 762260 Identificación CC 1130604033

Notas de Enfermeria

27 octubre 2018 17:57 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

17.00 Ingresa paciente al piso ptrocedente de cirugia en camilla en compañia de auxiliar de recuperacion mensajero y familiar se moviliza paciente a la cama en bloque sin complicacion asistido por enfermeria se observa paciente con oxigeno al medio ambiente el cual tolera bien con acceso venosoen msi en antebrazo canalizado en cirugia 27/10/2018 permeable cubierto con tegaderm limpio y seco mas goteo de oxyrapic a 1 cc x bomba pca se observa herida quirurgica en regon lumbar cubierta con duoderm limpio y seco con salida de hemovac con liquido hematico con medias antiembolicas ma compresor neumatico sonda vesical a drenaje conctada a cistoflo se toman signos vitales ta= 150/89 temp= 36 °c so2= 91% p= 90 se realiza entrega inventario de habitacion se explica deberes y derechos de paciente .

Firmado electrónicamente por **MARIA EVEL PORRAS MORENO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66880135

27 octubre 2018 18:00 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

18:00 PACIENTE QUE ELIMINA POR SONDA VESICAL 400 CC DE ORINA AMARILLA CLARA ACEPTA BIEN LA VIA ORAL PACIENTE NO PRESENTA CAMBIO QUEDA EN CAMA CON BARANDAS ARRIBA Y CON FAMILIAR .

Firmado electrónicamente por **MARIA EVEL PORRAS MORENO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66880135

27 octubre 2018 22:04 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

SE ADMINISTRA MEDICAMENTO DE CONCILIACION LYRICA X 75MG, ZOPLICLONA 2 TABLETAS VIA ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA PEREZ MILLAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29775290

28 octubre 2018 06:48 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

paciente en cama, con barandas arriba en compañía del familiar, durante la noche duerme a intervalos largos , le administran tratamiento farmacológico ordenado permanece estable, elimina por sonda vesical, no realiza deposición,
00:00/horas se pasan rondas durante la noche, se hacen cambios de posición e hidratación de la piel cada 2 horas,
05:00/horas se realiza control y registro de signos vitales, los cuales se encuentran dentro de parámetros normales se brindan medidas de confort,
07:00/horas entrego paciente en cama con barandas arriba en compañía del familiar.

Firmado electrónicamente por **FABIOLA OLAYA CEDEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29114327

28 octubre 2018 08:00 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

SE DA DE CONCILIACION JARDIANCE X 25 MG ANTES DEL DESAYUNO

Firmado electrónicamente por **LORENA LUGO HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66660227

28 octubre 2018 10:46 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

:00horas Recibo paciente de sexo masculino de 53 años de edad, ubicado en cama, con sus cuatro barandas de seguridad en alto, el cual se encuentra en compañía de familiar, paciente se observa consciente orientado, en sus tres esferas mentales, sin signos de dificultad respiratoria , con apertura ocular espontanea, respuesta verbal y motora adecuada, presenta acceso venoso periférico en antebrazo del miembro superior izquierdo con fecha de inserción del dia 27/10/2018 permeable sin signos de infección, cubierto con apostio transparente limpio y seco, por donde se administra plan de liquidos endovenosos asi: Hartman a 80cc/hora por bomba de infusión y goteo de analgesia a 1cc/hora, se observa herida

quirúrgica en región lumbar cubierta con aposito leukomed + fixomull limpio y seco, se observa salida de hemovack con salida de material hemático en poca cantidad, tiene sonda vesical conectada a cystoflo funcional, resto de piel se encuentra integra, se brinda educación sobre la importancia del llamado de enfermería oportuno, y se educa sobre la importancia de mantener barandas de seguridad en alto, paciente y familiar refieren entender y aceptar.
9:00horas Se realiza control de signos vitales los cuales se encuentran dentro de los parámetros normales, se hace registro en historia clínica, se brindan medidas de bienestar y confort, se realiza baño asistido en ducha, se le administra tratamiento farmacológico ordenado el cual recibe y tolera sin complicaciones

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

28 octubre 2018 12:00 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

se le administra de conciliación metformina x 1000 mg vo

Firmado electrónicamente por **LORENA LUGO HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66660227

28 octubre 2018 17:48 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

paciente con orden medica de curación, con técnica aséptica se retiran apósitos de herida quirúrgica sacra, se observan apósitos levemente inpregnados, herida quierurgica en buen estado, no eritema, no salida de material purulento, leve edema con puntos de sutira, se realiza limpieza con técnica esteril, gasas inpregnadas de clorhexidina solución, y guante esteriles sin complicaciones, seguidamente se cubre con aposito tenderson abdominal, fixomull y aposito tegader 20 x 30, igualmente se cubre punto de inserción de exovac, queda paciente en cama en compañía de familiares.

Firmado electrónicamente por **YALILA FERNANDEZ** -- ENFERMERA (O) JEFE
Identificación CC 1113638209

28 octubre 2018 18:43 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

14:00horas Se realiza control de signos vitales, los cuales se encuentran dentro de los parametros normales, se realiza registro en historia clinica, se le administra su tratamiento medico ordenado el cual tolera sin complicaciones, se realiza retiro de sonda vesical pendiente eliminacion espontanea, no realiza deposicion, paciente tranquilo en su unidad no refiere dolor.
19:00horas Queda paciente en cama en compañia de familiar, consciente alerta, activo, despierto, orientado, hemodinamicamente estable, sin signos de dificultad respiratoria, elimina espontaneo sin complicacion , se evacua por hemovack 120cc de material hematico en las 12 horas, continua con igual manejo medico instaurado.

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

28 octubre 2018 21:35 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

ZOPLICONA 2 TAB ,ENALAPRIL 5MG MEDICAMENTOS DE CONCILIACION

Firmado electrónicamente por **MARIANA YULIETH LIZARAZO LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29121619

29 octubre 2018 01:27 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

a las 19.00 h Recibo paciente 53 años en cama, con sus cuatro barandas de seguridad en alto, en compañía de familiar, consciente orientado,en tiempo lugar y persona respirando oxigeno ambiente, apertura ocular espontanea respuesta verbal motora sin signos de dificultad respiratoria con acceso venoso periférico en antebrazo del miembro superior izquierdo permeable sin signos de infección,pasando Hartman a 80cc/hora por bomba de infusión y goteo de analgesia a 1cc/hora, se observa herida quirúrgica en región lumbar cubierta con aposito leukomed + fixomull limpio y seco, se observa salida de hemovack con salida de material hemático en poca cantidad resto de piel se encuentra integra, se toman signos vitales los cuales estan dentro delos parametros que maneja el paciente elimina espontaneo no realiza deposicion queda estable afebril no cambios

Firmado electrónicamente por **YOLIMA MARIA RODRIGUEZ MOSQUERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 25601533

29 octubre 2018 06:32 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

paciente que durante la noche en cama, con barandas arriba en compañía del familiar, durante la noche duerme a intervalos largos , le administran tratamiento farmacológico ordenado permanece estable, elimina espontaneo no realiza deposición, se pasan rondas durante la noche, pasa estable se realiza control y registro de signos vitales, los cuales se encuentran dentro de parámetros normales se brindan medidas de confort continua con dren hemovas que por el cual sele evacuan 55 cc de material sanguinolento paciente en cama con barandas arriba en compañía del familiar

Firmado electrónicamente por **YOLIMA MARIA RODRIGUEZ MOSQUERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 25601533

29 octubre 2018 08:28 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

SE ADMINISTRA M3EDICAMENTOS DE CONCILIACION EALAPRIL 5MG, JARDIANCE 25MG

Firmado electrónicamente por **VIVIANA ESCOBAR CARDONA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66933718

29 octubre 2018 11:37 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

07.00 HRS RECIBO PACIENTE EN UNIDAD ACOSTADO EN CAMA , EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE OBSERVA TRANQUILO . PACIENTE ESTABLE, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERA VIA ORAL , TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, MIEMBROS SUPERIORES SIMETRICOS CON ACCESO VENOSO EN MSI DEL 27 DE OCTUBRE, PERMEABLE Y SIN SIGNOS

DEFLEBITIS, PARA PASO DE PLAN DE LEV Y MEDICAMENTOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE , NO DOLOROSO A LA PALPACION, SE OBSERVA CON HERIDA QX EN REGION LUMBAR CUBIERTA LIMPIA Y SECA + DREN HEMOVAC POR EL QUE DRENA MATERIAL HEMATICO EN POCA CANTIDAD. ELIMINA ESPONTANEO , MIEMBROS INFERIORES SIMETRICOS FUNCIONALES PARA LA MARCHA, SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE SEGURIDAD CLINICA, BARANDAS ARRIBA, CAMA BAJA, USAR CALZADO ANTIDEZLIZANTE , USAR EL TIMBRE DE LLAMADO PARA CUALQUIER NECESIDAD ,PERSONAL DE ENFERMERIA ATENTO AL LLAMADO.

Firmado electrónicamente por **PAOLA TERESA MORENO OSPINA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1110454947

29 octubre 2018 12:44 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

SE ADMINISTRA METFORMINA 1000MG DE CONCILIACION

Firmado electrónicamente por **VIVIANA ESCOBAR CARDONA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66933718

29 octubre 2018 18:16 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

SE ADMINISTRA MEDICAMENTO DE CONCILIACION METFORMINA 1000MG ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA PEREZ MILLAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29775290

29 octubre 2018 18:54 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

PACIENTE QUE PASA EL DIA TRANQUILO, ESTABLE, TOLERO VIA ORAL, RECIBIO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SIN NINGUNA COMPLICACION. SE LE REALIZA CAMBIO DE ACCESO VENOSO PORQUE EL ANTERIOR SE ENCUENTRA FILTRANDO, SE CANALIZA VENA EN MSD EN ANTEBRAZO CON YELCO # 22 QUEDA PERMEABLE Y FIJO CON VALVULA Y TEGADERM, ELIMINA ESPONTANEO . DRENA POR HEMOVAC 60 CC MATERIAL HEMATICO. SE LE REALIZAN MEDIDAS DE BIENESTAR Y DE CONFORT. SE RECUERDA SEGURIDAD CLINICA , SE TOMAN SIGNOS VITALES, ENCONTRANDO VALORES ENTRE LOS PARAMETROS NORMALES , ENTREGO PACIENTE EN UNIDAD EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN CAMBIOS DESFAVORABLES EN EL DIA.

Firmado electrónicamente por **PAOLA TERESA MORENO OSPINA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1110454947

29 octubre 2018 20:18 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Se administra enalapril 5 mg via oral por conciliación.

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

29 octubre 2018 22:04 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Paciente toma zopiclona x 7.5mg 2 tabletas via oral por conciliación.

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

29 octubre 2018 22:58 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

19:00 Recibo paciente en cama con barandas arriba en compañia de familiar, despierto, consiente, orientado, en persona, tiempo y lugar, tolerando oxigeno ambiente, acceso venoso en antebrazo izquierdo pasando ringer a 80 cc/h por bomba de infusion, abdomen depresible, con herida quirurgica en region lumbar cubierta con leukpmed y fixomull con salida de dren hemovack, moviliza sus cuatro extremidades
al inicio del turno de la noche se toman signos vitales que se registran en el sistema, a febril, no refiere dolor, al entrear el auxiliar de medicamentos el paciente refiere dolor y molestia en espalda baja y al revisarlo observa laceracion po lo cual coloca duoder extra-thin .

Firmado electrónicamente por **LORET PABON CASTRO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144152449

30 octubre 2018 06:42 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

paciente que pasa la noche tranquilo, a febril, refiere dolor que mejora con medicamento, se prestan medidas de confort, se administra tratamiento medico, duerme intervalos largos, elimina espontaneo y no hace deposicion.
entrego paciente en cama con barandas arriba en compañia de familiar, se toman signos vitales que se registran en el sistema.

Firmado electrónicamente por **LORET PABON CASTRO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144152449

30 octubre 2018 08:01 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Se administra 25mg de jardiance, 5mg de enalapril y 150mg de lyrica de conciliación.

Firmado electrónicamente por **TANIA MAYENSI ANGULO PANAMEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1193043521

30 octubre 2018 11:07 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

07:00 Recibo paciente en cama con barandas arriba en compañia de familiar, despierto, consiente, orientado, en persona, tiempo y lugar, tolerando oxigeno ambiente sin dificultad respiratoria con acceso venoso en antebrazo izquierdo cubierto con tegaderm limpio y seco sin signos de flebitis pasando ringer a 80 cc/h por bomba de infusion, abdomen depresible no doloroso a la palpación con herida quirurgica en region lumbar cubierta con leukpmed y fixomull limpia y seca con salida de dren hemovack con poco producido ,y en parte baja de espada se observa leve laceración la cual esta cubierta con

duoderm moviliza sus cuatro extremidades piel integra

se toman signos vitales los cuales son normales se registran en el sistema,

se realiza baño en ducha por sus propios medios . se hace arreglo de unidad , cambio de sabanas y fundas

se da recomendaciones sobre riesgos de caída , lavado de manos . salida de emergencia , uso de timbre de enfermería

Firmado electrónicamente por **YOLANDA DEL CARMEN IBARRA PORTILLO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38550949

30 octubre 2018 12:04 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Se administra 100mg de metformina de conciliación.

Firmado electrónicamente por **TANIA MAYENSI ANGULO PANAMEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1193043521

30 octubre 2018 18:12 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Se administra 100mg de metformina de conciliación.

Firmado electrónicamente por **TANIA MAYENSI ANGULO PANAMEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1193043521

30 octubre 2018 19:21 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

ENTREGO PACIENTE EN CAMA BARANDASA ARRIBA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR . CON ACCESO VENOSO PERMEABLE SIN FLEBITIS . RECIBE TRATAMIENTO MEDICO .ORDENADO ELIMINA NO DEPOSICION EN HORAS DE LA TARDE JEFE DE TURNO REATIRO HEMOVAK . SITIO DE INSERCION DEJA CUBIERTO CON GASA Y FISOMULL TRASPARENTE IMPREGNADO DE MATERIAL SANGUINOLENTO AFEB4RIL SIN CAMBIOS NEGATIVOS

Firmado electrónicamente por **YOLANDA DEL CARMEN IBARRA PORTILLO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38550949

30 octubre 2018 21:22 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

SE ADMINISTRA MEDICAMENTO DE CONCILIACION ENALAPRIL X 5MG VIA ORAL.

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA PEREZ MILLAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29775290

30 octubre 2018 21:52 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

SE ADMINISTRA MEDICAMENTO DE CONCILIACION ZOPICLONA X 7.5 MG VIA ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA PEREZ MILLAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29775290

31 octubre 2018 02:48 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

19:00 HORAS

Recibo paciente, adulto, acostado en cama con baranda arriba, en compañía de familiar, se observa tranquilo, despierto, alerta, orientado en sus tres esferas, respirando a ambiente, con acceso venoso en antebrazo izquierdo con TH el cual se observa sin signos de flebitis ni filtración cubierto con apósito tegader limpio y seco para paso de medicamentos a horario, abdomen blando, con apósito en región lumbar impregnado de liquido sanguinolento, elimina espontaneo, se observa con piel integra.

Firmado electrónicamente por **DIANA MARCELA SANCHEZ CANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130604337

31 octubre 2018 06:55 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Se realiza control de signos vitales, se brinda confort, se realiza arreglo de la unidad, se dan recomendacion y se explica la importancia de la movilizacion, se recuerda los riesgos de caida, riesgos upp, importancia del lavado de manos, manejo de residuos hospitalarios, salidas de emergencias, llamado de enfermeria en caso de requerir asistencia.

07:00 AM

Paciente que durante la noche pasa tranquilo, en compañia de familiar, duerme a intervalos largos, recibe y tolera el tratamiento farmacologico, paciente que refiere dolor EVA de 8 pero se observa muy tranquilo se informa a jefe de turno, refiere que por orden medica se le debe cambiar el colchon por uno duro se realiza procedimiento pero posterior lo rechaza por que refiere que ya tuvo de los mismo colchones se informa al jefe de turno, elimina espontaneo en baño, no realiza deposicion, queda con EVA de 5 permanece en su habitacion sin cambios.

Firmado electrónicamente por **DIANA MARCELA SANCHEZ CANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1130604337

31 octubre 2018 08:40 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

SE ADMINITRA POR CONCILIACION 5MG DE ENALAPRIL Y 25 MG DE JARDIANCE.

Firmado electrónicamente por **LEIDY JOHANNA GONZALEZ SANABRIA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112298029

31 octubre 2018 12:41 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

SE ADMINISTRA POR CONCILIACION 100MG DE METFORMINA.

Firmado electrónicamente por **LEIDY JOHANNA GONZALEZ SANABRIA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112298029

31 octubre 2018 13:00 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

paciente que pasa estable sin complicaciones recibe y tolera tratamiento medico ordenado sin dificultad,se tman signos vbitales los cuales están dentro delos parámetros que maneja el paciente , elimina espontaneo no realiza deposición queda estable en cama a febril no cambios es valorado por medico tratante quien dicta egreso ,queda ala espera sin complicaciones

Firmado electrónicamente por **YOLIMA MARIA RODRIGUEZ MOSQUERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 25601533

31 octubre 2018 14:31 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

a las 07.00 am Recibo paciente 53 años en cama con barandas arriba en compañia de familiar consiente, orientado, en tiempo y lugar, y persona tolerando oxigeno ambiente, apertura ocular espontanea respuesta verbal motora acceso venoso en antebrazo izquierdo pasando ringer a 80 cc/h por bomba de infusión, se toman signos vitales los cuales están dentro de los parámetros que maneja el paciente, se observa con con herida quirurgica en region lumbar cubierta con leukpmed y fixomull el cual la jefe de turno realiza curacion de herida moviliza sus cuatro extremidades, sin dificultad dentro de la habitación y el pasillo en compañía del familiar, durante la mañana sele asiste a las medidas de higiene y confort por parte del familiar

al inicio del turno de la noche se toman signos vitales que se registran en el sistema, a febril, no refiere dolor, observa duoder extra-thin,queda estable afebril no cambios sin complicaciones

Firmado electrónicamente por **YOLIMA MARIA RODRIGUEZ MOSQUERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 25601533

Control de Medicamentos

27 octubre 2018 21:36 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* 27 Oct 2018 21:36 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 27 Oct 2018 21:36 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 2 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 27 Oct 2018 21:36 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 27 Oct 2018 21:36 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 27 Oct 2018 21:37 DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Observaciones: MEDICAMENTOS

* 27 Oct 2018 21:40 EQUIPO PARA ADMINISTRACION DE LIQUIDOS ENDOVENOSOS INFUSOMAT REF 8700110SP 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 00:18 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 FRASCO Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 00:19 AZTREONAM 1gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 00:20 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 00:20 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 3 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 00:20 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 00:21 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 06:03 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 06:03 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 06:03 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Observaciones: PLAN A 80CC/H

* 28 Oct 2018 06:04 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

* 28 Oct 2018 06:04 ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO 40 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA PEREZ MILLAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29775290

28 octubre 2018 09:42 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* 28 Oct 2018 08:00 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 08:00 AZTREONAM 1gramo POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 08:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 08:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 09:44 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 09:44 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LORENA LUGO HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66660227

28 octubre 2018 09:45 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* 28 Oct 2018 09:46 DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 09:46 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 09:46 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 09:46 DULCOLAX 5mg GRAGEA 5 MILIGRAMOS Via ORAL
* 28 Oct 2018 09:47 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL
* 28 Oct 2018 08:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 08:00 ENALApril MALEATO 5 mg TABLETA 5 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **LORENA LUGO HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66660227

28 octubre 2018 12:31 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* 28 Oct 2018 12:00 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 12:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 12:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LORENA LUGO HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66660227

28 octubre 2018 16:06 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* 28 Oct 2018 16:06 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 16:06 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LORENA LUGO HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66660227

28 octubre 2018 17:53 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* 28 Oct 2018 17:52 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 17:53 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

* 28 Oct 2018 17:53 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LORENA LUGO HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66660227

28 octubre 2018 18:13 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: plan de liquidas 80cc hora

* 28 Oct 2018 18:12 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LORENA LUGO HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66660227

28 octubre 2018 20:21 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* 28 Oct 2018 20:21 DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 20:21 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 20:22 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 20:22 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 20:22 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 20:22 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 20:22 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIANA YULIETH LIZARAZO LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29121619

28 octubre 2018 23:48 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* 28 Oct 2018 23:47 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 28 Oct 2018 23:51 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIANA YULIETH LIZARAZO LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29121619

29 octubre 2018 04:41 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* 29 Oct 2018 04:41 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **MARIANA YULIETH LIZARAZO LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29121619

29 octubre 2018 05:41 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* 29 Oct 2018 05:41 BRYTEROL 4 mg / 2 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 4 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 29 Oct 2018 05:41 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 29 Oct 2018 05:41 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 29 Oct 2018 05:41 ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO 40 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIANA YULIETH LIZARAZO LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29121619

29 octubre 2018 08:25 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* 29 Oct 2018 08:24 DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 29 Oct 2018 08:25 DULCOLAX 5mg GRAGEA 5 MILIGRAMOS Via ORAL
* 29 Oct 2018 08:25 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

*	29 Oct 2018 08:26	PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL ENDOVENOSA	SOLUCIÓN	INYECTABLE	FRASCO	x	100 mL			1 GRAMO	Via
*	29 Oct 2018 08:27	CLORURO DE SODIO 0,9% ENDOVENOSA	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	250 mL	REF:ARB1322		1 BOLSA	Via
*	29 Oct 2018 08:27	CLORURO DE SODIO 0,9% ENDOVENOSA	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	25 mL	REF:ARB1300		3 BOLSA	Via
*	29 Oct 2018 08:28	VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA									
*	29 Oct 2018 08:28	CLORURO DE SODIO 0,9% ENDOVENOSA	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	100mL	REF:ARB1302		1 BOLSA	Via

Firmado electrónicamente por **VIVIANA ESCOBAR CARDONA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66933718

29 octubre 2018 16:04 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

*	29 Oct 2018 16:04	PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL ENDOVENOSA	SOLUCIÓN	INYECTABLE	FRASCO	x	100 mL			1 GRAMO	Via
*	29 Oct 2018 16:04	CLORURO DE SODIO 0,9% ENDOVENOSA	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	25 mL	REF:ARB1300		1 BOLSA	Via

Observaciones: DILUCION DE OXYRAPID

*	29 Oct 2018 18:04	CLORURO DE SODIO 0,9% ENDOVENOSA	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	25 mL	REF:ARB1300		1 BOLSA	Via

Observaciones: SE REALIZA CHEQUEO CRUZADO CON PAOLA MORENO

*	29 Oct 2018 18:05	oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 3 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA										

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA PEREZ MILLAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29775290

29 octubre 2018 21:06 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

*	29 Oct 2018 21:06	LACTATO DE RINGER ENDOVENOSA	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	1.000 mL	REF:ARB2324		1 BOLSA	Via
*	29 Oct 2018 21:06	DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA									
*	29 Oct 2018 21:07	VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA									
*	29 Oct 2018 21:07	CLORURO DE SODIO 0,9% ENDOVENOSA	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	250 mL	REF:ARB1322		1 BOLSA	Via
*	29 Oct 2018 21:07	CLORURO DE SODIO 0,9% ENDOVENOSA	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	25 mL	REF:ARB1300		2 BOLSA	Via
*	29 Oct 2018 21:07	CLORURO DE SODIO 0,9% ENDOVENOSA	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	50 mL	REF:ARB1301		1 BOLSA	Via
*	29 Oct 2018 21:07	LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL									

Observaciones: Se realiza chequeo cruzado con loret pabon

*	29 Oct 2018 21:08	oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 3 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA										

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

29 octubre 2018 23:53 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

*	29 Oct 2018 23:53	PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL ENDOVENOSA	SOLUCIÓN	INYECTABLE	FRASCO	x	100 mL			1 GRAMO	Via
*	29 Oct 2018 23:53	CLORURO DE SODIO 0,9% ENDOVENOSA	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	25 mL	REF:ARB1300		1 BOLSA	Via

Observaciones: Se realiza chequeo cruzado con loret pabon

*	29 Oct 2018 23:53	oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 3 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA										

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

30 octubre 2018 03:15 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: Se realiza chequeo cruzado con loret pabon

* 30 Oct 2018 03:14 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 3 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

30 octubre 2018 06:05 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: chequeo cruzado con loret pabon

* 30 Oct 2018 06:02 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 3 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 30 Oct 2018 06:05 ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO 40 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

30 octubre 2018 08:12 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* 30 Oct 2018 08:00 DULCOLAX 5mg GRAGEA 5 MILIGRAMOS Via ORAL
* 30 Oct 2018 08:00 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 30 Oct 2018 08:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **TANIA MAYENSI ANGULO PANAMEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1193043521

30 octubre 2018 08:53 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: Se realiza chequeo cruzado con Yolanda Ibarra.

* 30 Oct 2018 08:53 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 3 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **TANIA MAYENSI ANGULO PANAMEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1193043521

30 octubre 2018 10:40 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* 30 Oct 2018 10:00 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 30 Oct 2018 10:00 DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 30 Oct 2018 10:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 30 Oct 2018 10:01 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 30 Oct 2018 10:01 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA
* 30 Oct 2018 10:01 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **TANIA MAYENSI ANGULO PANAMEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1193043521

30 octubre 2018 11:50 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: Se realiza chequeo cruzado con Yolanda Ibarra.

* 30 Oct 2018 11:49 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 3 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **TANIA MAYENSI ANGULO PANAMEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1193043521

30 octubre 2018 15:25 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: Se realiza chequeo cruzado con Isabel Zorrilla.

* 30 Oct 2018 15:24 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 3 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **TANIA MAYENSI ANGULO PANAMEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1193043521

30 octubre 2018 15:41 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* 30 Oct 2018 15:41 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 30 Oct 2018 15:41 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **TANIA MAYENSI ANGULO PANAMEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1193043521

30 octubre 2018 18:11 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: Se realiza chequeo cruzado con Isabel Zorrilla.

* 30 Oct 2018 18:10 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 5 MILIGRAMOS Via EPIDURAL

Firmado electrónicamente por **TANIA MAYENSI ANGULO PANAMEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1193043521

30 octubre 2018 20:56 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

Observaciones: para medicamentos

* 30 Oct 2018 21:46 EQUIPO PARA ADMINISTRACION DE LIQUIDOS ENDOVENOSOS INFUSOMAT REF 8700110SP 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA

* 30 Oct 2018 21:48 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

* 30 Oct 2018 21:49 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA

* 30 Oct 2018 21:49 DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 30 Oct 2018 21:50 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

* 30 Oct 2018 21:51 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 100mL REF:ARB1302 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

* 30 Oct 2018 21:51 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 2 BOLSA Via ENDOVENOSA

Observaciones: SE REALIZA CHEQUEO CRUZADO CON DIANA SANCHEZ

* 31 Oct 2018 00:24 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 6 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 31 Oct 2018 00:32 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA

* 31 Oct 2018 00:32 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Observaciones: SE REALIZA CHEQUEO CRUZADO CON DIANA SANCHEZ

* 31 Oct 2018 06:23 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 5 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 31 Oct 2018 06:24 ESOmeprazol 40 mg TABLETA CON RECUBRIMIENTO ENTERICO 40 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA PEREZ MILLAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29775290

31 octubre 2018 09:27 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* 31 Oct 2018 08:27 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA

* 31 Oct 2018 08:33 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

* 31 Oct 2018 08:37 DULCOLAX 5mg GRAGEA 5 MILIGRAMOS Via ORAL

* 31 Oct 2018 09:36 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 250 mL REF:ARB1322 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

* 31 Oct 2018 09:37 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

* 31 Oct 2018 09:38 VANCOMICINA 500 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LEIDY JOHANNA GONZALEZ SANABRIA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112298029

31 octubre 2018 13:30 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*

* 31 Oct 2018 10:30 DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 31 Oct 2018 10:31 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

* 31 Oct 2018 10:31 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 BOLSA Via ENDOVENOSA

Observaciones: SE REALIZA DOBLE CHEQUEO CONN EDUARDO LOPEZ.
* 31 Oct 2018 12:33 oxyRAPID 10 mg / 1 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 5 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LEIDY JOHANNA GONZALEZ SANABRIA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112298029

Glucometria

27 octubre 2018 18:12 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 27/10/2018 18:12
Resultados Resultados: 180MG/DL
Firmado electrónicamente por **VIVIANA ESCOBAR CARDONA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66933718

28 octubre 2018 00:30 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 28/10/2018 00:30
Resultados Resultados: 148MG/DL
Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA PEREZ MILLAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29775290

28 octubre 2018 06:15 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 28/10/2018 06:15
Resultados Resultados: 151MG/DL
Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA PEREZ MILLAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29775290

28 octubre 2018 12:32 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 28/10/2018 12:32
Resultados Resultados: se le toma glucometria de 150mg/dl
Firmado electrónicamente por **LORENA LUGO HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66660227

29 octubre 2018 06:21 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 29/10/2018 06:21
Resultados Resultados: 114MG/DL
Firmado electrónicamente por **MARIANA YULIETH LIZARAZO LONDOÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29121619

29 octubre 2018 12:44 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 29/10/2018 12:44
Resultados Resultados: 142mg/dl
Firmado electrónicamente por **VIVIANA ESCOBAR CARDONA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66933718

29 octubre 2018 18:16 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 29/10/2018 18:16
Resultados Resultados: 176MG/DL
Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA PEREZ MILLAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29775290

30 octubre 2018 06:06 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 30/10/2018 06:06
Resultados Resultados: 123mg/dl
Firmado electrónicamente por **FABIO VIGOYA RIVERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 16379680

30 octubre 2018 11:50 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 30/10/2018 11:50
Resultados Resultados: 155mg/dl.
Firmado electrónicamente por **TANIA MAYENSI ANGULO PANAMEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1193043521

30 octubre 2018 18:11 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 30/10/2018 18:11
Resultados Resultados: 194mg/dl.
Firmado electrónicamente por **TANIA MAYENSI ANGULO PANAMEÑO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1193043521

31 octubre 2018 00:32 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 31/10/2018 00:32
Resultados Resultados: 124MG/DL
Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA PEREZ MILLAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29775290

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

31 octubre 2018 06:31 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 31/10/2018 06:31
Resultados Resultados: 143MG/DL
Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA PEREZ MILLAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 29775290

31 octubre 2018 12:42 - *(PISO 7 (TORRE SUR) HOSP)*
Fecha Fecha: 31/10/2018 12:42
Resultados Resultados: 255MG\DL SE INFORMA AL MEDICO DE TURNO.
Firmado electrónicamente por **LEIDY JOHANNA GONZALEZ SANABRIA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112298029

Diagnósticos de Egreso

	Localización	Tipo DX
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **LINA MARIA VELEZ VILLEGAS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 761059-99 Identificación CC 31997638

Salida Urgencias

Estado vital al salir **Vivo** Estado al salir Destino al salir **Domicilio**
Fecha y hora de salida **31 oct. 2018 13:43** Remitido a
Medio de trasporte

Fórmulas Médicas

BAYRO I.M. (50 %) -- Cja.x 1Amp.x2ml — 3
APLICAR UN AMPOLLA IM SEGUN DOLOR
LYRICA 150mg (150mg) -- Cja.x 30 Cap — 1
TOMAR UNA CADA 12 HORAS
DOLOFF 5-325 TABLETAS LEGRAND () -- CAJA X 30 TABLETAS — 1
TOMAR 2 CADA 8 HORAS
Recomendación Médica
REALIZAR CURACIONES CADA 2 O 3 DIAS #3
CONTROL EL VIERNES 9
INCAPACIDAD MEDICA — 15
X 15 DIAS INICIANDO EL DIA DE SU INGRESO EL 27 OCT 2018.

Firmado electrónicamente por **MAURICIO ANTIA ZULUAGA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 766596 Identificación CC 1130602054

Firmado Electrónicamente por **CASAS CASTILLO GERARDO**
Identificación **CC 16629449**
Especialidad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**
Tarjeta Profesional **11654**

Historia Clínica de la Atención

CIRUGIA

Dirección: **Carrera 38 BIS 5B2-04. SEDE PRINC 3**
Teléfono Directo: **5550** -- Conmutador: **5544**

Atención No.**11779931**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **53 Años 1 Mes 14 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **06-dic.-2018 14:48**	Fecha y hora de Atención **06-dic.-2018 14:50**
El paciente se moviliza por sus propios medios?	Medio de trasporte
Estado de llegada	Procedencia
Llegó remitido de	

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Alérgicos	- 10/03/2017 06:46 p. m. - hidromorfona 29/12/2016 10:05 a. m. - dipirona(Reg: 03 Ago 2017 19:35:)
Alérgicos	- HIDROMORFONA(Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	Diabetes - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Hipertensión Arterial - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Otros - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2017 10:56:)
Patológicos	- hta, dm tipo ii, rge, sinusitis, hepatitis, gastritis, extabaquismo, insomnio, trastorno de ansiedad y dificil manejo del dolor(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Farmacológicos	- Pregabalina y Palexis Retard(Reg: 12 Jun 2017 14:02:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	Reaccion medicamentos actuales - METFORMINA, ENALAPRIL, SINAGEL,LIRICA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Farmacológicos	- pregabalina 150 mg cada 12 horas, amitriptilina 1/4 tab al dia, esomeprazol, losartan 50 mg cada 12 horas, hipoglicemiantes orales, zopiclona 15 mg/noche(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Transfusiones	- (Reg: 10 Mar 2017 18:46:)

Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)
Otros	Talla EC Unid Urol - 1.80MT(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Tiene resultado de urocultivo - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Peso EC Unid Urol - 86KG(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Procedimiento que se va a realizar - - FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Entrega preparacion - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Explica procedimientos - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Antecedentes quirurgicos - IMPLANTES DE TORNILLO EN ESPALDA, APENDICETOMIA, AMIGDALAS, CX DE CAMPANA DE ADAN(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Cuando resultado uro - DIPIRONA, HIDROMORFONA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							

Signos vitales

Fecha	P. A.	PAM	P. Pulm.	PPM	PVC	Temp °C	F.Card.	F. Resp	Sat O2	FIO2
06/dic./2018 15:18	147/96		/				89		96	
06/dic./2018 16:15	107/67		/				71		99	
06/dic./2018 17:30	144/85		/				87		98	
06/dic./2018 18:00	154/94		/				87		97	
06/dic./2018 18:30	129/86		/				85		97	
06/dic./2018 18:45	133/83		/				84		98	
06/dic./2018 19:00	141/88		/				86		97	
06/dic./2018 19:30	143/83		/				82		98	
06/dic./2018 20:00	148/90		/			36	85		98	

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- (R521) DOLOR CRONICO INTRATABLE	Ambas	Confirmado Repetido

Firmado electrónicamente por **BERNARDO PEREZ VALENCIA** -- NEUROCIRUGIA
Tarjeta Profesional: 1080/92 Identificación CC 79368407

Nota de Egreso

06 diciembre 2018 17:22 - *(CIRUGIA)*

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 16719326 Y DE 51 AÑOS DE EDAD, PRESENTA DOLOR LUMBAR CON IRRADIACION A MIEMBRO INFERIOR DERECHO.
LA SINTOMATOLOGIA PERSISTE A PESAR DE RECIBIR ANALGESICOS, TERAPIA FISICA Y BLOQUEOS.
POR ESTA RAZON ES ESTUDIADO Y LLEVADO A CIRUGIA REALIZANDOSE UNA LAMINECTOMIA Y FIJACION TRANSPEDICULAR L5-S1 BILATERAL.
UNA SEMANA MAS TARDE SE ENCUENTRA NUEVAMENTE SINTOMATICO Y DESPUES DE FALLAR NUEVAMENTE AL CONTROL DE LOS SINTOMAS ES LLEVADO POR SEGUNDA VEZ A REVISION DE INSTRUMENTACION TRANSPEDICULAR Y DESCOMPRESION.
EL PACIENTE PRESENTA DESDE ENTONCES UN DOLOR CON CARATERISTICAS CLARAMENTE NEUROPATICAS QUE COMPROMETE TANTO LA REGION LUMBAR COMO EL MIEMBRO INFERIOR DERECHO. RECIENTEMENTE HA INICIADO COMPROMISO CONTRALATERAL DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO.
EL PACIENTE FUE LLEVADO A BLOQUEO SIMPATICO LUMBAR SIN RESPUESTA FAVORABLE.

Se dan recomendaciones al paciente/familia

Firmado electrónicamente por **BERNARDO PEREZ VALENCIA** -- NEUROCIRUGIA
Tarjeta Profesional: 1080/92 Identificación CC 79368407

Nota Quirúrgica

06 diciembre 2018 17:22 - *(CIRUGIA)*

039304 - 1472 ESTIMULACION ESPINAL------

Fecha: 06 dic. 2018 17:22
Lateralidad: No Aplica **Medico:** BERNARDO PEREZ VALENCIA
Dx Principal: R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

Descripción de acto quirúrgico / hallazgos

ASA **1** Tipo de Cirugia **Electiva** Tipo de Herida **Limpia** Tiempo de Cirugia **0**min Profilaxis **CEFAZOLINA**
ANESTESIA GENERAL
DECUBITO PRONO
ASEPSIA ANTISEPSIA
GUIA POR BRAZO EN C
IDENTIFICACION DE T12, T8 SUPERIOR Y T9-10
INCISION EN T9-10 EXPONIENDO INTERESPACIO IZQUIERDO CON COBB
RESECCON PARCIAL DE AMARILLO CON KERRISON
PASO DE PROBADOR
PASO DE PLACA PENTA HASTA BORDE SUPERIOR DE T8 Y MEDIAL
FIJACION DE ELECTRODOS CON ACCESORIO
FABRICAICON DE BOLSILLO EN FLANCO POSTERIOR DERECHO
PASO DE ELECTRODOS POR TUNELIZACION
CONEXION A GENERADOR
PRUEBA DE IMPEDANCIAS
CIERRE CON VICRYL Y PROLENE DE MANERA USUAL
Muestras

enviadas a patología:
-
Complicaciones:
-

Colaboradores

Cirujano 1 (Ppal): PEREZ VALENCIA BERNARDO
Anestesiologo 1: DE LA CRUZ DUQUE CESAR AUGUSTO

Firmado electrónicamente por **BERNARDO PEREZ VALENCIA** -- NEUROCIRUGIA
Tarjeta Profesional: 1080/92 Identificación CC 79368407

Control de Medicamentos

06 diciembre 2018 15:26 - *(CIRUGIA)*

* 06 Dic 2018 15:26 CLORURO DE SODIO 0.9% X 100ML BOLSA (CLORURO DE SODIO 0.9% 100 R:ARB 1302) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ADRIANA SANCHEZ AGUIRRE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 31988061

06 diciembre 2018 15:27 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: VER REGISTRO DE ANESITESIA

* 06 Dic 2018 15:27 LIDOCAINA CLORHIDRATO 20 MG. AMPOLLAS (ROXICAINA AL 2% SIMPLE AMP. X 10 ML.) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 06 Dic 2018 15:27 REMIFENTANIL HCL 2 MG AMPOLLAS (ULTIVA X 2 MG. AMP) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ADRIANA SANCHEZ AGUIRRE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 31988061

06 diciembre 2018 15:28 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 06 Dic 2018 15:28 PROPOFOL 1% X 50 ML AMPOLLAS (PROPOFOL - LIPURO 1% (10 MG / ML) X 50 ML) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 06 Dic 2018 15:29 PROPOFOL 1% (10 MG / ML) X 20 ML AMPOLLAS (PROPOFOL - LIPURO 1% (10 MG / ML) X 20 ML) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ADRIANA SANCHEZ AGUIRRE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 31988061

06 diciembre 2018 15:29 - *(CIRUGIA)*

* 06 Dic 2018 15:29 CEFAZOLINA 1G AMPOLLAS (KEFZOL X 1 G. AMP.) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 06 Dic 2018 15:29 ROCURONIO BROMURO 50 MG / 5 ML AMPOLLAS (ESMERON 50 MG / 5 ML) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: 2G GOTEO

* 06 Dic 2018 15:29 CEFAZOLINA 1G AMPOLLAS (KEFZOL X 1 G. AMP.) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ADRIANA SANCHEZ AGUIRRE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 31988061

06 diciembre 2018 15:34 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: DILUCION

* 06 Dic 2018 15:34 CLORURO DE SODIO 0.9% X 100ML BOLSA (CLORURO DE SODIO 0.9% 100 R:ARB 1302) 1 AMPOLLA Via OTROS

* 06 Dic 2018 15:34 BUPIVACAINA + EPINEFRINA 5 MG - 5 MCG AMPOLLAS (BUPIVACAINA CON EPINEFRINA 0.5% APP X 10 ML. CJ X 24 APP) 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

Firmado electrónicamente por **ADRIANA SANCHEZ AGUIRRE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 31988061

06 diciembre 2018 15:56 - *(CIRUGIA)*

* 06 Dic 2018 15:56 LACTATO RINGER 500ML SOLUCION (RINGER LACTATO X 500 CC R:ARB2323-HARTMANN SLN.) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ADRIANA SANCHEZ AGUIRRE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 31988061

06 diciembre 2018 16:32 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: DILUCION NOREPINEFRINA ORDEN DR DE LA CRUZ

* 06 Dic 2018 16:32 CLORURO DE SODIO 0.9% X 250 ML BOLSA (CLORURO DE SODIO 0.9% X 250ML R:ARB 1322) 1 AMPOLLA Via OTROS

* 06 Dic 2018 16:32 LACTATO RINGER 500ML SOLUCION (RINGER LACTATO X 500 CC R:ARB2323-HARTMANN SLN.) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: GOTEO

* 06 Dic 2018 16:32 METOCLOPRAMIDA 10 MG / 2 ML SOLUCION (METOCLOPRAMIDA X 10 MG. AMP.) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ADRIANA SANCHEZ AGUIRRE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 31988061

06 diciembre 2018 16:33 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 06 Dic 2018 16:33 DEXAMETASONA 4 MG / ML AMPOLLAS (DEXAMETASONA X 4 MG/1 ML. AMP.) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ADRIANA SANCHEZ AGUIRRE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 31988061

06 diciembre 2018 16:34 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 06 Dic 2018 16:34 PROPOFOL 1% X 50 ML AMPOLLAS (PROPOFOL - LIPURO 1% (10 MG / ML) X 50 ML) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 06 Dic 2018 16:35 DEXAMETASONA 4 MG / ML AMPOLLAS (DEXAMETASONA X 4 MG/1 ML. AMP.) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ADRIANA SANCHEZ AGUIRRE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 31988061

06 diciembre 2018 16:35 - *(CIRUGIA)*

Observaciones: GOTEO

* 06 Dic 2018 16:35 RANITIDINA 50 MG/ 2 ML AMPOLLAS (RANITIDINA SOLUCION INYECTABLE 50 MG/2ML AMP) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Observaciones: Ver registro de anestesia

* 06 Dic 2018 16:35 DICLOFENACO 75 MG/3 ML AMPOLLAS (DICLOFENACO SODICO AMPOLLA X 75 MG/3ML) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Observaciones: VER REGISTRO DE ANESTESIA

* 06 Dic 2018 16:35 NOREPINEFRINA 1 MG/ML AMPOLLAS (NOREPINEFRINA 4 MG / 4 ML AMPOLLA) 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ADRIANA SANCHEZ AGUIRRE** -- CIRCULANTE
Identificación CC 31988061

Diagnósticos de Egreso

	Localización	Tipo DX
-- **(R521) DOLOR CRONICO INTRATABLE**	Ambas	Confirmado Repetido

Firmado electrónicamente por **BERNARDO PEREZ VALENCIA** -- NEUROCIRUGIA
Tarjeta Profesional: 1080/92 Identificación CC 79368407

Salida Urgencias

Estado vital al salir **Vivo** Estado al salir Destino al salir **Domicilio**
Fecha y hora de salida **06 dic. 2018 17:21** Remitido a
Medio de trasporte

Fórmulas Médicas

ACETAMINOFEN X 500 MG. TAB. 40
DOS TABLETAS 6AM, 2PM, 10 PM VIA ORAL
DICLOFENACO SODICO X 50 MG. TAB. 10
UNA TABLETA 6AM VIA ORAL
ESOMEPRAZOL 20 MG TABLETAS 10
UNA TABLETA EN AYUNAS VIA ORAL

Firmado electrónicamente por **BERNARDO PEREZ VALENCIA** -- NEUROCIRUGIA
Tarjeta Profesional: 1080/92 Identificación CC 79368407

Notas Aclaratorias

06 diciembre 2018 21:09 - *(CIRUGIA)*

19:20 PACIENTE CONTINUA CON ABDOMEN DISTENDIDO,EL FAMILIAR PREGUNTA SI LE PUEDE DAR FINIGAX,SE LLAMA VIA TELEFONICA CON EL Dr BERNARDO PEREZ QUIEN RESPONDE QUE SI PUEDE ADMINISTRARSELO Y QUE LOS GASES VAN SALIENDO EN LA MEDIDA EN QUE EL PACIENTE CAMINE.SE INFORMA LO ANTERIOR A PACIENTE Y FAMILIAR.

Firmado electrónicamente por **LUZ ENEYDA MINA MOSQUERA** -- RECUPERADORA
Identificación CC 25389410

Datos de Enfermeria

Dispositivos Invasivos

Firmado Electrónicamente por **PEREZ VALENCIA BERNARDO**
Identificación **CC 79368407**
Especialidad **NEUROCIRUGIA**
Tarjeta Profesional **1080/92**

Clínica Imbanaco
Grupo quirónsalud

Historia Clínica de la Atención

RADIOCIRUGIA

Dirección: **1.**
Teléfono Directo: **1** -- Conmutador: **1**

Atención No.**11779931**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **53 Años 1 Mes 13 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **06-dic.-2018 15:00** Fecha y hora de Atención **05-dic.-2018 10:49**
El paciente se moviliza por sus propios medios? Medio de trasporte
Estado de llegada Procedencia
Llegó remitido de

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Alérgicos	- 10/03/2017 06:46 p. m. - hidromorfona 29/12/2016 10:05 a. m. - dipirona(Reg: 03 Ago 2017 19:35:)
Alérgicos	- HIDROMORFONA(Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	Hipertensión Arterial - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Otros - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Diabetes - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2017 10:56:)
Patológicos	- hta, dm tipo ii, rge, sinusitis, hepatitis, gastritis, extabaquismo, insomnio, trastorno de ansiedad y dificil manejo del dolor(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Farmacológicos	- Pregabalina y Palexis Retard(Reg: 12 Jun 2017 14:02:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	Reaccion medicamentos actuales - METFORMINA, ENALAPRIL, SINAGEL,LIRICA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Farmacológicos	- pregabalina 150 mg cada 12 horas, amitriptilina 1/4 tab al dia, esomeprazol, losartan 50 mg cada 12 horas, hipoglicemiantes orales, zopiclona 15 mg/noche(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Transfusiones	- (Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)

Otros	Antecedentes quirurgicos - IMPLANTES DE TORNILLO EN ESPALDA, APENDICETOMIA, AMIGDALAS, CX DE CAMPANA DE ADAN(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Cuando resultado uro - DIPIRONA, HIDROMORFONA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Talla EC Unid Urol - 1.80MT(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Tiene resultado de urocultivo - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Entrega preparacion - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Explica procedimientos - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Peso EC Unid Urol - 86KG(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Procedimiento que se va a realizar - - FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)

Antecedentes Familiares	**Mamá**	**Papá**	**Hno(a)**	**Abuelo(a)**	**Conyugue**	**Hijo(a)**	**Otros**
Otros	- no						
Otros	- no sabe						
Otros	- SIN DATO						
Otros	- no refiere						

Control Infectologia - Epidemiologia

05 diciembre 2018 10:49 - *(RADIOCIRUGIA)*

Hora de Citación: 14:00 06 DICIEMBRE 2018
Responsable: SILVANA ZAPPARRATA (HERMANA) CEL: 3212763349.

1. Ha sido operado (a), De que? Si (X) No( ) APENDICECTOMIA, ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQ, RESECCION QUISTE PERINEAL, SUAVE BRISA, AMIGDALECTOMIA + TURBINOPLASTIA, CX DE COLUMNA (4 VECES), 5 BLOQUEOS.

2. Fecha de la última cirugia? REFIERE 27 OCTUBRE 2018 (CX COLUMNA)

3. Ha tenido problemas con el corazón, presión o diabetes? Si (X) No( ) HTA Y DIABETES CON TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

4. Otras enfermedades? REFIERE NO PRESENTAR NINGUNA OTRA ENFERMEDAD DIFERENTE A LA QUE SE VA A TRATAR Y A LAS ANTES MENCIONADAS.

5. Toma algun medicamento? Cual(es)? Si (X) No( ) LYRICA X 150MG 3 VECES AL DIA, METFORMINA X 1000MG 2 VECES AL DIA, ACETAMINOFEN + HIDROCODONA 2 TAB CADA 8 HORAS, JARDIANCE X 10MG 1 VEZ AL DIA, ESOMEPRAZOL X 20MG 1 VEZ AL DIA, ENALAPRIL 2 VECES AL DIA, BISACODILO 1 VEZ AL DIA, ZOPICLONA X 7.5MG 1 VEZ AL DIA. VITAMINA Z-BEC DIARIA.

6. Ha tenido problemas con su respiración? Si ( ) No(X)

7. Ha tenido ictericia, hepatitis ó reacción a transfusión sanguinea? Si (X) No( ) HEPATITIS A EN LA INFANCIA.

8. Sufre de convulsiones? Si ( ) No(X)

9. Es alérgico a algo? A que? Si (X) No( ) DIPIRONA.

10. Tiene dientes postizos u otras prótesis? Si (X) No( ) MATERIA DE OSTEOSINTESIS EN COLUMNA.

11. Presenta lesiones en la piel o mucosas? Si ( ) No(X)

12. Preparación Especial:
CMI( )
Medico( )
Entrevista PreQx: Telefonica( ) Personal(X) Familiar(X)

13. Observaciones:
Se Retroalimenta en:
Hora LLegada: SI(X) NO( )
Lugar: SI(X) NO( )
Ultima Alimentacíón: SI(X) NO( )
Ayuno SI(X) NO( )

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

14. Resultados de Exámenes: NINGUNO
Hb: Ht: P.T: Tp: Glicemia: Creatinina: Rx Tórax:
E.C.G: Normal(X) Anormal( ) TRASTORNO DE REPOLARIZACION EN PARED INFERIOR Parcial de Orina: Normal( ) Anormal( )

Persona que realiza Evaluación Prequirurgica: JOHANNA MENDEZ G.

Fecha de realización de Evaluación: 05 DICIEMBRE 2018

Firmado electrónicamente por **OLGA JOHANNA MENDEZ GONZALEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 67039819

Firmado Electrónicamente por **PEREZ VALENCIA BERNARDO**
Identificación **CC 79368407**
Especialidad **NEUROCIRUGIA**
Tarjeta Profesional **1080/92**

Historia Clínica de la Atención

CIRUGIA

Dirección: **Carrera 38 BIS 5B2-04. SEDE PRINC 3**
Teléfono Directo: **5550** -- Conmutador: **5544**

Atención No.**12780013**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **53 Años 11 Meses 19 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **15-oct.-2019 13:00**	Fecha y hora de Atención **15-oct.-2019 14:15**
El paciente se moviliza por sus propios medios?	Medio de trasporte
Estado de llegada	Procedencia
Llegó remitido de	

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Alérgicos	- 10/03/2017 06:46 p. m. - hidromorfona 29/12/2016 10:05 a. m. - dipirona(Reg: 03 Ago 2017 19:35:)
Alérgicos	- HIDROMORFONA(Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	Diabetes - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Hipertensión Arterial - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Otros - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2017 10:56:)
Patológicos	- hta, dm tipo ii, rge, sinusitis, hepatitis, gastritis, extabaquismo, insomnio, trastorno de ansiedad y dificil manejo del dolor(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Farmacológicos	- Pregabalina y Palexis Retard(Reg: 12 Jun 2017 14:02:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	Reaccion medicamentos actuales - METFORMINA, ENALAPRIL, SINAGEL,LIRICA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Farmacológicos	- pregabalina 150 mg cada 12 horas, amitriptilina 1/4 tab al dia, esomeprazol, losartan 50 mg cada 12 horas, hipoglicemiantes orales, zopiclona 15 mg/noche(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Transfusiones	- (Reg: 10 Mar 2017 18:46:)

Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)
Otros	Talla EC Unid Urol - 1.80MT(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Tiene resultado de urocultivo - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Peso EC Unid Urol - 86KG(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Procedimiento que se va a realizar - - FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Entrega preparacion - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Explica procedimientos - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Antecedentes quirurgicos - IMPLANTES DE TORNILLO EN ESPALDA, APENDICETOMIA, AMIGDALAS, CX DE CAMPANA DE ADAN(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Cuando resultado uro - DIPIRONA, HIDROMORFONA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							

Signos vitales

Fecha	P. A.	PAM	P. Pulm.	PPM	PVC	Temp °C	F.Card.	F. Resp	Sat O2	FIO2
15/oct./2019 15:13	127/61		/				92		99	
15/oct./2019 15:25	123/70		/			35.8	79		98	
15/oct./2019 15:30	114/70		/				74		99	
15/oct./2019 15:45	114/73		/				65		99	
15/oct./2019 16:00	119/75		/				69		99	
15/oct./2019 16:20	115/77		/				71		98	
15/oct./2019 16:40	114/73		/			35.9	68		97	

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- (R521) DOLOR CRONICO INTRATABLE		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **JUAN PABLO SARDI RESTREPO** -- NEUROCIRUGIA
Tarjeta Profesional: 76/2010/20 Identificación CC 1130666177

Nota de Egreso

15 octubre 2019 15:40 - *(CIRUGIA)*

Se dan recomendaciones al paciente/familia

..

Firmado electrónicamente por **JUAN PABLO SARDI RESTREPO** -- NEUROCIRUGIA
Tarjeta Profesional: 76/2010/20 Identificación CC 1130666177

Nota Quirúrgica

15 octubre 2019 15:39 - *(CIRUGIA)*

053103 BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO

Fecha: 15 oct. 2019 15:39
Lateralidad: No Aplica **Medico:** BERNARDO PEREZ VALENCIA
Dx Principal: R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE
Dx Relacionado: -o-
Dx de Complicación: -o-

Descripción de acto quirúrgico / hallazgos

ASA **2** Tipo de Cirugia **Electiva** Tipo de Herida **Limpia** Tiempo de Cirugia **0**min Profilaxis **NA**
PACIENTE DECUBITO PRONO BAJO SEDACION POR ANESTESIA
ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACION DE CAMPOS ESTERILES
INFILTRACION DE PIEL Y TCS CON LIDOCAINA SIMPLE AL 2%
SE IDENTIFICA HIATO SACRO CON GUIA FLUOROSCOPICA
SE PROCEDE CON PERIFIX Y CON TECNICA DE PERDIDA DE LA RESISTENCIA HASTA UBICAR ESPACIO EPIDURAL
SE INTRODUCE CATETER Y SE VERIFICA SU POSICION CON MEDIO DE CONTRASTE
SE PROCEDE A REALIZAR LISI DE ADHERENCIAS Y NEUROLISIS CON MEZCLA DE DEPOMEDROL 1CC, BUPIVACAINA 10CC
SE RETIRA AGUJA
PROCEDIMIENTEO SIN COMPLICACIONES.
Muestras

enviadas a patología:
NO
Complicaciones:
NO

Colaboradores

Cirujano 1 (Ppal): PEREZ VALENCIA BERNARDO
Cirujano 2: SARDI RESTREPO JUAN PABLO
Anestesiologo 1: DE LA CRUZ DUQUE CESAR AUGUSTO

Firmado electrónicamente por **JUAN PABLO SARDI RESTREPO** -- NEUROCIRUGIA
Tarjeta Profesional: 76/2010/20 Identificación CC 1130666177

Control de Medicamentos

15 octubre 2019 15:05 - *(CIRUGIA)*

∗ 15 Oct 2019 15:05 ROXIcaina SIMPLE 2% (20 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **YAMILETH TAMAYO CASTRO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 66917759

15 octubre 2019 15:08 - *(CIRUGIA)*

∗ 15 Oct 2019 15:08 PROPOFOL 1% (10 mg/ 1 mL) EMULSION INYECTABLE FRASCO x 50 mL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **YAMILETH TAMAYO CASTRO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 66917759

15 octubre 2019 15:13 - *(CIRUGIA)*

∗ 15 Oct 2019 15:13 DYNASTAT 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 1 AMPOLLA Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **YAMILETH TAMAYO CASTRO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 66917759

15 octubre 2019 15:19 - *(CIRUGIA)*

∗ 15 Oct 2019 15:19 ROXIcaina SIMPLE 2% (20 mg / 1 mL) SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

∗ 15 Oct 2019 15:19 OPTIRAY 320 mg / 1mL SOLUCION INYECTABLE VIAL x 20 mL 1 AMPOLLA Via OTROS

∗ 15 Oct 2019 15:19 DEPOmedrol 40 mg / 1 mL SUSPENSION INYECTABLE AMPOLLA x 1 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

∗ 15 Oct 2019 15:19 bupiROP SIMPLE 0,5% (5 mg / 1 mL)SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 10 mL 1 AMPOLLA Via INFILTRACIÓN

Firmado electrónicamente por **YAMILETH TAMAYO CASTRO** -- CIRCULANTE
Identificación CC 66917759

Diagnósticos de Egreso

	Localización	**Tipo DX**
-- (R521) DOLOR CRONICO INTRATABLE		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **JUAN PABLO SARDI RESTREPO** -- NEUROCIRUGIA
Tarjeta Profesional: 76/2010/20 Identificación CC 1130666177

Salida Urgencias

Estado vital al salir **Vivo** Estado al salir Destino al salir **Domicilio**
Fecha y hora de salida **15 oct. 2019 15:39** Remitido a
Medio de trasporte

Datos de Enfermeria

Dispositivos Invasivos

Firmado Electrónicamente por **PEREZ VALENCIA BERNARDO**
Identificación **CC 79368407**
Especialidad **NEUROCIRUGIA**
Tarjeta Profesional **1080/92**

Clínica Imbanaco
Grupo quirónsalud

Historia Clínica de la Atención

CONSULTA EXTERNA

Dirección: **Cra 38 Bis No 5B2-04. SEDE PRINC 1**
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **9100**

Atención No.**13356756**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **54 Años 5 Meses 29 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **22-abr.-2020 7:55** Fecha y hora de Atención **22-abr.-2020 9:31**
El paciente se moviliza por sus propios medios? Medio de trasporte
Estado de llegada Procedencia
Llegó remitido de

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Alérgicos	- 10/03/2017 06:46 p. m. - hidromorfona 29/12/2016 10:05 a. m. - dipirona(Reg: 03 Ago 2017 19:35:)
Alérgicos	- HIDROMORFONA(Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	Hipertensión Arterial - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Otros - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Diabetes - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2017 10:56:)
Patológicos	- hta, dm tipo ii, rge, sinusitis, hepatitis, gastritis, extabaquismo, insomnio, trastorno de ansiedad y dificil manejo del dolor(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Farmacológicos	- Pregabalina y Palexis Retard(Reg: 12 Jun 2017 14:02:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	Reaccion medicamentos actuales - METFORMINA, ENALAPRIL, SINAGEL,LIRICA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Farmacológicos	- pregabalina 150 mg cada 12 horas, amitriptilina 1/4 tab al dia, esomeprazol, losartan 50 mg cada 12 horas, hipoglicemiantes orales, zopiclona 15 mg/noche(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Transfusiones	- (Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)

Otros	Antecedentes quirurgicos - IMPLANTES DE TORNILLO EN ESPALDA, APENDICETOMIA, AMIGDALAS, CX DE CAMPANA DE ADAN(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Cuando resultado uro - DIPIRONA, HIDROMORFONA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Talla EC Unid Urol - 1.80MT(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Tiene resultado de urocultivo - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Entrega preparacion - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Explica procedimientos - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Peso EC Unid Urol - 86KG(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Procedimiento que se va a realizar - - FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							

Revisión por Sistemas

22 abril 2020 09:32 - *(CONSULTA EXTERNA)*

Endocrino y Metabolico. . . . . **DIABETES**
Musculo-esqueletico. . . . . **ESPONILOLISTESISIS L5-S1**

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Examen Físico

22 abril 2020 09:32 - *(CONSULTA EXTERNA)*

Cabeza. . . . . Normal
Boca y Faringe. . . . . Normal
Cuello. . . . . Normal
Otorrinolaringología. . . . . Normal
Tórax. . . . . Normal
Abdomen. . . . . **Blando, depresible, no doloroso, peristaltismo normal. No se palpan masas.**
Genito - Urinario. . . . . **No se exploran.**
Piel. . . . . Normal

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Diagnósticos de Egreso

	Localización	Tipo DX
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Fórmulas Médicas

TRANSTEC 20 mg (35 mcg / h) (35 mcg) -- Cja x 5 Parches	10
APLICAR UN PARCHE CADA 3 DIAS	
PREGABALINA 75 mg (75 mg) -- Cápsula	90
TOMAR UNA CAPSULA EN LA MAÑANA	
PREGABALINA 300 mg (300 mg) -- Cápsula	90
TOMAR UNA CAPSULA EN LA NOCHE	
ZOPICLONA 7,5 mg TABLETAS MK () -- CAJA X 10 TABLETAS	30
TOMAR UNA TABLETA EN LA NOCHE	
SINALGEN MAX 10 mg - 325 mg TABLETAS () -- CAJA X 30 TABLETAS	270
TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS	

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Incapacidad

Fecha de Incapacidad: **13 Abr 2020** Días de Incapacidad: **30** Prorroga: **Si** Motivo: **Enfermedad General**
Diagnóstico: **M431 ESPONDILOLISTESIS**

Firmado Electrónicamente por **CASAS CASTILLO GERARDO**
Identificación **CC 16629449**
Especialidad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**
Tarjeta Profesional **11654**

Clínica Imbanaco
Grupo quirónsalud

Historia Clínica de la Atención

CONSULTA EXTERNA

Dirección: **Cra 38 Bis No 5B2-04. SEDE PRINC 1**
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **9100**

Atención No.**13383132**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **54 Años 6 Meses 26 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **18-may.-2020 7:39**
Fecha y hora de Atención **18-may.-2020 9:29**
El paciente se moviliza por sus propios medios?
Medio de trasporte
Estado de llegada
Procedencia
Llegó remitido de

Atención Clínica

Consulta de Control Médica Ambulatorio

18 mayo 2020 09:29 - *(CONSULTA EXTERNA)*

Motivo consulta: CONTROL

Anamnesis: PACIENTE CON DOLOR CRONICO LUMBAR SECUNDARIO A ESPALDA FALLIDA, MANEJADO CON PREGABALINA, SINALGEN MAX Y BUPRENORFINA PARCHES, AÚN ASI EL DOLOR ES CONTROLDADO DE FORMA IRREGULAR

Análisis y plan: SE FORMULA LA BUPRENORFINA PARA 90 DIAS (30 PARCHES), SE DA PRORROA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 13-05-2020

Conciliación Medicamentosa: PREGABALINA 300, ACETAMINOFEN-CODEINA 10 MG, BUPREFORFINA PARCHES

Origen de la atención: Enfermedad General

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Alérgicos	- 10/03/2017 06:46 p. m. - hidromorfona 29/12/2016 10:05 a. m. - dipirona(Reg: 03 Ago 2017 19:35:)
Alérgicos	- HIDROMORFONA(Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	Diabetes - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Hipertensión Arterial - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Otros - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2017 10:56:)
Patológicos	- hta, dm tipo ii, rge, sinusitis, hepatitis, gastritis, extabaquismo, insomnio, trastorno de ansiedad y dificil manejo del dolor(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Farmacológicos	- Pregabalina y Palexis Retard(Reg: 12 Jun 2017 14:02:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Farmacológicos	Reaccion medicamentos actuales - METFORMINA, ENALAPRIL, SINAGEL,LIRICA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Farmacológicos	- pregabalina 150 mg cada 12 horas, amitriptilina 1/4 tab al dia, esomeprazol, losartan 50 mg cada 12 horas, hipoglicemiantes orales, zopiclona 15 mg/noche(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Transfusiones	- (Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)
Otros	Talla EC Unid Urol - 1.80MT(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Tiene resultado de urocultivo - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Peso EC Unid Urol - 86KG(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Procedimiento que se va a realizar - - FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Entrega preparacion - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Explica procedimientos - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Antecedentes quirurgicos - IMPLANTES DE TORNILLO EN ESPALDA, APENDICETOMIA, AMIGDALAS, CX DE CAMPANA DE ADAN(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Cuando resultado uro - DIPIRONA, HIDROMORFONA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Diagnósticos de Egreso

	Localización	Tipo DX
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Fórmulas Médicas

TRANSTEC 20 mg (35 mcg / h) (35 mcg) -- Cja x 5 Parches — 30
APLICAR UN PARCHE CADA 3 DIAS

Firmado electrónicamente por **GERARDO CASAS CASTILLO** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional: 11654 Identificación CC 16629449

Incapacidad

Fecha de Incapacidad: **13 May 2020** Días de Incapacidad: **30** Prorroga: **Si** Motivo: **Enfermedad General**
Diagnóstico: **M431 ESPONDILOLISTESIS**

Firmado Electrónicamente por **CASAS CASTILLO GERARDO**
Identificación **CC 16629449**
Especialidad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**
Tarjeta Profesional **11654**

Historia Clínica de la Atención

URGENCIAS

Dirección: **Cra 38 Bis No 5B2-04. PISO 0**
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **20000**

Atención No.**14155965**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **55 Años 5 Meses 14 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **05-abr.-2021 22:37** Fecha y hora de Atención **05-abr.-2021 23:06**
El paciente se moviliza por sus propios medios? **No** Medio de trasporte
Estado de llegada **Alerta** Procedencia **Domicilio**
Llegó remitido de

Causa de Consulta y Anamnesis

Causa del evento: **"ME DESATURE"**
Fecha de ocurrencia: Tiempo de evolución: **13 Días** Tipo de evento: **Enfermedad General**
Tipo consulta PyP: Sito de ocurrencia:

Enfermedad Actual - (Anamnesis)

SE ATIENDE PACIENTE CON EPP

PACIENTE CON PCR POSITIVA PARA COVID EL 27/03/2021
CON SINTOMAS DESDE HACE 13 DIAS

PACIENTE QUIEN MANIFIESTA CUADRO CONSISTENTE EN MALESTAR GENRAL, CEFALEA, SENSACION DE FIEBRE, MANIFIESTA DIAFORESIS CONSTANTE, DOLOR EPIGASTRICO, TOS SECA, DOLOR TORAXICO POSTERIOR E HIPOREXIA . NIEGA OTROS SINTOMAS- MANIFIESTA EN CASA SE DESATURA HASTA 81% POR LO QUE DECIDE CONSULTAR

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Alérgicos	- 10/03/2017 06:46 p. m. - hidromorfona 29/12/2016 10:05 a. m. - dipirona(Reg: 03 Ago 2017 19:35:)
Alérgicos	- HIDROMORFONA(Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Alérgicos	- DIPIRONA HIDROMORFONA(Reg: 05 Abr 2021 23:14:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	Diabetes - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Hipertensión Arterial - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Otros - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2017 10:56:)
Patológicos	- hta, dm tipo ii, rge, sinusitis, hepatitis, gastritis, extabaquismo, insomnio, trastorno de ansiedad y dificil manejo del dolor(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Patológicos	- HIPERTENSION ARTERIAL DIABETES TIPO II(Reg: 05 Abr 2021 23:14:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

	ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- NO NEUVOS(Reg: 05 Abr 2021 23:14:)
Traumatologicos	- NEG(Reg: 05 Abr 2021 23:14:)
Farmacológicos	- Pregabalina y Palexis Retard(Reg: 12 Jun 2017 14:02:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	Reaccion medicamentos actuales - METFORMINA, ENALAPRIL, SINAGEL,LIRICA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Farmacológicos	- pregabalina 150 mg cada 12 horas, amitriptilina 1/4 tab al dia, esomeprazol, losartan 50 mg cada 12 horas, hipoglicemiantes orales, zopiclona 15 mg/noche(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Tóxicos	- NEG(Reg: 05 Abr 2021 23:14:)
Inmunologicos	- NEG(Reg: 05 Abr 2021 23:14:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Transfusiones	- (Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)
Otros	Entrega preparacion - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Explica procedimientos - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Antecedentes quirurgicos - IMPLANTES DE TORNILLO EN ESPALDA, APENDICETOMIA, AMIGDALAS, CX DE CAMPANA DE ADAN(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Cuando resultado uro - DIPIRONA, HIDROMORFONA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Talla EC Unid Urol - 1.80MT(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Tiene resultado de urocultivo - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Peso EC Unid Urol - 86KG(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Procedimiento que se va a realizar - - FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Perinatal	- EG(Reg: 05 Abr 2021 23:14:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							
Otros	- NEG							

Signos vitales

Fecha	P. A.	PAM	P. Pulm.	PPM	PVC	Temp °C	F.Card.	F. Resp	Sat O2	FIO2
05/abr./2021 22:39	150/90	110	/			36.5	100	18	94	
05/abr./2021 23:13	150/90		/			36.5	102	22	91	
06/abr./2021 04:00	147/76	100	/			36.7	104	22	96	28

Revisión por Sistemas

05 abril 2021 23:13 - *(URGENCIAS)*

Observaciones. . . . . **Revisión por sistemas negativo**

Firmado electrónicamente por **PAULA ANDREA CUELLAR SANMIGUEL** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 767955/201 Identificación CC 1130589870

Examen Físico

05 abril 2021 23:13 - *(URGENCIAS)*

Estado General. . . . . **PACIENTE QUE INGRESA POR SUS PORPIOS MEDIOS, EN ACEPTBALES CONDICIONE SGENERALES, CON PRESION ARTERIAL ELEVADA, RESTO NORMAL**

Cabeza. . . . . **NORMOCEFALO, MUCOSA ORAL DESHIDRATADA**

Boca y Faringe. . . . . **SE OMITE POR RESTRICCION DE CONTACTO**

Cuello. . . . . NORMAL

Tórax. . . . . **SE OMITE POR RESTRICCION DE CONTACTO**

Abdomen.	**NO DOLOR**
Genito - Urinario.	**NO SE VALORA**
Musculo-esquelético.	NORMAL
Neurológico.	**GLASGOW 15/15, NO DÉFICIT NEUROLÓGICO, UBICADO EN 3 ESFERAS MENTALES**
Piel.	NORMAL
Analisis.	**PACIENTE CON DX D ECOVID** **MANIFIESTA SE DESATURO HASTA 81% EN CASA, LLAMA LA ATENCION AHORA** **PACIENTE SATURANDO NORMAL PERO SE EVIDENCIA ESFUERZO RESPIRATORIO** **SCORE NEWS 2: 6 PUNTOS** **SE DA ORDEN DE MARCADORES DE SEVERIDAD CON LOS QUE SE DFINIRAN CONDUCTA** **SE EPXLICA CONDUCT AMEDICA A APCIENTE QUIEN ENITNED YA CETPA**
Observaciones.	**Revisión por sistemas negativo**
Triage.	**2**

Firmado electrónicamente por **PAULA ANDREA CUELLAR SANMIGUEL** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 767955/201 Identificación CC 1130589870

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- (U071) COVID-19 (Virus Identificado)		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **PAULA ANDREA CUELLAR SANMIGUEL** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 767955/201 Identificación CC 1130589870

Notas de Evolución

06 abril 2021 01:20 - *(PISO 1 URGENCIAS)*

Análisis de Resultados de Exámenes

902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO: LINFOPENIA
Análisis de Resultados de Exámenes

906914 PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO: ELEVADA

903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS: NRMAL

903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS: HIPONATREMIA

903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS: NORMAL

903867 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]: TRANSAMINITIS

903866 TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]: TRANSAMINITIS

903828 DESHIDROGENASA LACTICA: ELEVADA

903439 TROPONINA T CUANTITATIVA: NORMAL

Firmado electrónicamente por **PAULA ANDREA CUELLAR SANMIGUEL** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 767955/201 Identificación CC 1130589870

06 abril 2021 01:38 - *(PISO 1 URGENCIAS)*

Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:
(U071) COVID-19 (Virus Identificado)

Tipo Estancia: Evolución Urgencias
Criterio: Paciente que requiere valoración por alguna especialidad

SE COMENTA PACIENTE CON DR RODRIGUEZ INTERNISTA QUIEN VALORARA
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **PAULA ANDREA CUELLAR SANMIGUEL** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 767955/201 Identificación CC 1130589870

Notas de Interconsultas

06 abril 2021 01:47 - *(PISO 1 URGENCIAS)*

INTERCONSULTA MEDICINA INTERNA
DR MAURICIO RODRIGUEZ

ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE CON PCR POSITIVA PARA COVID EL 27/03/2021
CON SINTOMAS DESDE HACE 13 DIAS

PACIENTE QUIEN MANIFIESTA CUADRO CONSISTENTE EN MALESTAR GENRAL, CEFALEA, SENSACION DE FIEBRE, MANIFIESTA DIAFORESIS CONSTANTE, DOLOR EPIGASTRICO, TOS SECA, DOLOR TORAXICO POSTERIOR E HIPOREXIA . NIEGA OTROS SINTOMAS- MANIFIESTA EN CASA SE DESATURA HASTA 81% POR LO QUE DECIDE CONSULTAR

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS HTA + DM TIPO 2
ALERGICOS NEG
INSULINAS NO RECUERDA

EXAMEN FISICO
SOPORTE DE OXIGENO X CN }
MONITORIA
TA DE 115/70 FC DE 75 FR 20 T 36 S02 DE 97
RUIDOS RESPIRATORIOS CN MV DISMINUIDOS
ABDOMEN
DEPRESIBLE NO MEGALIAS

PARACLINICOS
LDH DE 300 FERRITINA DE 383
GASES ARTERIALES
PH DE 7.44 PC02 DE 31.1 P02 DE 60.1 HC03 DE 21 FI02 0.28 PAFI DE 214
CREATININA DE 0.70
POTASIO DE 4.31 PCR 119.8
SODIO DE 131
AST 71 ALT DE 96
TROPONINA NEG
LINFOS DE 940

ANALISIS
PACIENTE DE 55 AÑOS, CON COMORBILIDADES DADAS POR HTA + DM TIPO 2 IR, EN EL CONTEXTO DE NEUMONIA VIRAL X SARS COV 2 CON PCR POSITIVA DESDE EL 27.03.2021 E INICIO DE SINTOMAS HACE AROX 13 DIAS.A HORA CON DESATURACION CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE DE OXIGENO CON HIPOXEMIA LEVE CON MARCADORES DE SEVERIDAD ELEVADOS, CON NEWS SCORE DE 6 PUNTOS Y UN CALL SCORE CLASE C 10 PUNTOS CON ALTO RIESGO DE PROGRESION Y DE COMPLICACIONES, POR TLA MOTIVO CONSIDERO HSOPITALIZAR POR MEDICINA INTERNA. INICIO ESTEROIDE EV + TERAPIA RESPIRATORIA + RPONACION VIGIL.

DIAGNOSTICOS
1- NEUMONIA VIRAL X SARS COV 2
1- PCR POSITIVA DEL 27.03.2021
1- INICIO DE SINTOMAS HACE 13 DIAS
1- NEWS SCORE DE 6 PUNTOS
1- CALL score 10 PUNTOS CLASE C ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES
1- HTA X HCLX
1- DM TIPO 2 IR.
Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **HENRY MAURICIO RODRIGUEZ VALENCIA** -- MEDICINA INTERNA
Tarjeta Profesional: 76/5721 Identificación CC 1130606639

Notas de Evolución

06 abril 2021 04:20 - *(PISO 1 URGENCIAS)*

Día de Hospitalización No.2

Diagnósticos:
(U071) COVID-19 (Virus Identificado)

INSULINA DE ACCION RAPIDA ESQUEMA MOVIL

Firmado electrónicamente por **ANDRES KORGI HENAO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: - Identificación CC 1151939311

06 abril 2021 05:49 - *(PISO 1 URGENCIAS)*

Análisis de Resultados de Exámenes

902104 DIMERO D AUTOMATIZADO: ELEVADO

903016 FERRITINA: NORMAL

903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO): pH arterial - 7.447
Presión arterial de CO2 - 31.1
Presión arterial O2 - 60.1
HCO3a - 21.0
Saturación arterial de O2 - 91.9
Exceso de Base arterial - -1.9
CO2 total - 17.9
AaDO2t - 37.0
Saturación Fraccional de Oxígeno - 0.905
Saturación de O2 calculada - 91.7
PAO2t - 97.1
Hematocrito - 54.2
ct Hemoglobina - 15.8
O2 Hemoglobina - 90.5
Hidroxi Hemoglobina - 8.0
Carboxi Hemoglobina - 1.2
Meta Hemoglobina - 0.2
Temperatura del paciente - 37.0
Fracción Inspirada de O2 - 0.21
Presión Barométrica - 680.0
pH t - 7.447
Presión de CO2t - 31.1
Presión de O2t - 60.1

Firmado electrónicamente por **PAULA ANDREA CUELLAR SANMIGUEL** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 767955/201 Identificación CC 1130589870

06 abril 2021 06:49 - *(PISO 1 URGENCIAS)*

Análisis de Resultados de Exámenes

871121 RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO):
Tráquea central y bronquios fuente permeables.
Silueta cardioaórtica de tamaño normal.
Hilios pulmonares conservan adecuada situación y morfología.
No se identifican signos de derrame pleural, cámaras de neumotórax o áreas evidentes de consolidación.
Engrosamiento marcado del intersticio peribroncovascular central con opacidades intersticiales reticulares finas bilaterales.
Imágenes radiopacas en topografia del canal espinal compatibles con neuroestimuladores, a correlacionar con antecedentes.
Estructuras óseas y tejidos blandos dentro de límites normales.
Correlación clínica.

Firmado electrónicamente por **PAULA ANDREA CUELLAR SANMIGUEL** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 767955/201 Identificación CC 1130589870

Nota de Egreso

06 abril 2021 05:49 - *(PISO 1 URGENCIAS)*

SE ATIENDE PACIENTE CON EPP

PACIENTE CON PCR POSITIVA PARA COVID EL 27/03/2021
CON SINTOMAS DESDE HACE 13 DIAS

PACIENTE QUIEN MANIFIESTA CUADRO CONSISTENTE EN MALESTAR GENRAL, CEFALEA, SENSACION DE FIEBRE, MANIFIESTA DIAFORESIS CONSTANTE, DOLOR EPIGASTRICO, TOS SECA, DOLOR TORAXICO POSTERIOR E HIPOREXIA . NIEGA OTROS SINTOMAS- MANIFIESTA EN CASA SE DESATURA HASTA 81% POR LO QUE DECIDE CONSULTAR

se traslada paciente estable

Firmado electrónicamente por **PAULA ANDREA CUELLAR SANMIGUEL** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 767955/201 Identificación CC 1130589870

Ordenes de Examenes

05 abril 2021 23:15 - *(URGENCIAS)*

* (Hora: 23:16) 902104 DIMERO D AUTOMATIZADO — Ubicación **No Aplica**
* (Hora: 23:15) 902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO — Ubicación **No Aplica**
* (Hora: 23:16) 903016 FERRITINA — Ubicación **No Aplica**
* (Hora: 23:28) 903439 TROPONINA T CUANTITATIVA — Ubicación **No Aplica**
* (Hora: 23:17) 903828 DESHIDROGENASA LACTICA — Ubicación **No Aplica**
* (Hora: 23:18) 903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO) — Ubicación **No Aplica**
* (Hora: 23:16) 903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS — Ubicación **No Aplica**
* (Hora: 23:16) 903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS — Ubicación **No Aplica**
* (Hora: 23:16) 903866 TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA] — Ubicación **No Aplica**
* (Hora: 23:16) 903867 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA] — Ubicación **No Aplica**
* (Hora: 23:16) 906914 PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO — Ubicación **No Aplica**
* (Hora: 23:16) 903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS — Ubicación **No Aplica**

Firmado electrónicamente por **PAULA ANDREA CUELLAR SANMIGUEL** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 767955/201 Identificación CC 1130589870

05 abril 2021 23:17 - *(URGENCIAS)*

* (Hora: 23:17) 871121 RADIOGRAFIADETORAX (PA O AP Y LATERALDECUBITOLATERALOBLICUAS O LATERAL)CONBARIO — Ubicación **No Aplica**
  Observaciones NEUMONIA POR COVID??
* (Hora: 23:17) 903883 GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA] — Ubicación **No Aplica**

Firmado electrónicamente por **PAULA ANDREA CUELLAR SANMIGUEL** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 767955/201 Identificación CC 1130589870

06 abril 2021 01:39 - *(URGENCIAS)*

* (Hora: 01:39) 890466 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA (MEDICINA INTERNA) — Ubicación **No Aplica**

Firmado electrónicamente por **PAULA ANDREA CUELLAR SANMIGUEL** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 767955/201 Identificación CC 1130589870

06 abril 2021 01:48 - *(URGENCIAS)*

* (Hora: 01:48) 10A001 INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION UNIPERSONAL — Ubicación **No Aplica**
  Observaciones MEDICINA INTERNA

Firmado electrónicamente por **HENRY MAURICIO RODRIGUEZ VALENCIA** -- MEDICINA INTERNA
Tarjeta Profesional: 76/5721 Identificación CC 1130606639

Ordenes de Medicamentos

05 abril 2021 23:14 - *(URGENCIAS)*

* VOLTAREN 75 mg / 3 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 3 mL **Dosificación**: 1
  Observaciones: 1 AMPOLLA EN 250 CC DE SSN EV
* CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 **Dosificación**: 1
  Observaciones: PASAR 1000 CC EN BOLO EV Y SEGUIR A 100 CC/HORA POR BOMBA DE INFUSION

* PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL **Dosificación**: 1 GR
Observaciones: APLICAR 1 GRAMO INTRAVENOSO DOSIS UNICA

* OMEprazol 40mg POLVO INYECTABLE VIAL **Dosificación**: 40 MG
Observaciones: APLICAR 40 MG IV DILUIDOS EN 100 CC SSN

Firmado electrónicamente por **PAULA ANDREA CUELLAR SANMIGUEL** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 767955/201 Identificación CC 1130589870

06 abril 2021 01:48 - *(URGENCIAS)*

* DEXAmetasona FOSFATO 8 mg/2 mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación**: 1
Observaciones: 6 MG EV DIA

* CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL **Dosificación**: 1
Observaciones: SC DIA

* LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 **Dosificación**: 1
Observaciones: PASAR 500 CC EN BOLO Y SEGUIR A 70CC/HORA POR BOMBA DE INFUSION

Firmado electrónicamente por **HENRY MAURICIO RODRIGUEZ VALENCIA** -- MEDICINA INTERNA
Tarjeta Profesional: 76/5721 Identificación CC 1130606639

06 abril 2021 04:20 - *(URGENCIAS)*

* APIDRA 1.000 unidades / 10 mL SOLUCION INYECTABLE VIAL x 10 mL **Dosificación**: 1
Observaciones: GLUCOMETRIA 150-199:3U; 200-249: 5U; >250: 8U

Firmado electrónicamente por **ANDRES KORGI HENAO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: - Identificación CC 1151939311

Ordenes Generales

05 abril 2021 23:18 - *(PISO 1 URGENCIAS)*

Oxigeno por cánula PONER OXIGENO DESPUES DE LA TOMA DE GASES ARTERIALES

Firmado electrónicamente por **PAULA ANDREA CUELLAR SANMIGUEL** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 767955/201 Identificación CC 1130589870

Notas de Enfermeria

06 abril 2021 00:49 - *(PISO 1 URGENCIAS)*

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS PISO 1 AREA RESPIRATORIA, SE REVISAN ORDENES MEDICAS Y SE CUMPLEN,PACIENTE EL CUAL SE ATIENDE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONA,PACIENTE L CUAL SE OBSERVA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE UBICADO EN TIEMPO LUGAR UY PERSONA CON DIAGNOSTICO ANOTADO EN HISOTIRA CLINICA SE OBSERVA NORMO CEFALICO CUELLO SIMETRICO SIN ADENOPATIAS TORAX SIMETRICO NORMO VENTILANDO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AFEBRIL ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE A LA PALPACION CADERA ESTABLE SIN CREPITOS Y EXTREMIDADES SIN DEFORMIDAD OSEA,PACIENTE EL CUAL SE TOMAN MUESTRAS DE LABORATORIO CON PREVIA TECNICA CERRADA Y PREVIA TECNICA ASEPTICA SE MEZCLAN MUESTRAS SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL SE ENVIAN AL LABORATORIO SE DEJA ACCESO VENOSO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITISI NI DE INFECCION PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS PACIENTE EL CUAL TIENE PENDIENTE REPORTES PARA DEFINIR CONDUCTA MEDICA,PACIENTE EL CUAL SE EDUCA SOBRE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES DE CAIDA Y DE FLEBITIS EL CUAL REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR SE UBICA EN SILLO RECLINO SIN COMPLICACIONES

Firmado electrónicamente por **JORGE IVAN SUAREZ CHAVEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143849910

06 abril 2021 04:00 - *(PISO 1 URGENCIAS)*

se efectua traslado al servicio de hospitalización previamente comentado por jefe de turno , en silla de ruedas en compañía de personal asistencial y camillero de turno , bajo aporte de oxigeno terapia conectado por bala portátil con canula nasal a una fio2 del 28% saturando dentro de parámetros ,acceso venoso a nivel de msd canalizado con catéter 22 conectado a valvula libre de agujas maddox 0/5permeable para paso de lactato ringer a 70cc hora por bic y paso de medicamento ev . moviliza sus 4 extermidades sin aparente dificultad , resto de piel integra pte definir manejo medico .

se traslada con manillas de identificación / protocolo de riesgo de caída / flebitis / con antecedente alérgico a la dipirona e hidromorfona. con trasferencia electrónica realizada.
Queda con glucometria de 213 mg / dl se informa a medico de turno quien ordena adminisrtrar 5 ui de insulina apidra según esquema móvil , se acata orden medica , se realiza desinfección en región deltodea izquierda se administra insulina via sc , procedimiento se realiza sin complicaicones pte toma de glucometria preprandial .

Firmado electrónicamente por **ANGIE DAHYANA MARTINEZ ROMERO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144176645

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Control de Medicamentos

06 abril 2021 00:47 - *(URGENCIAS)*

Observaciones: 1000 bolo y dejar a 100 cc hora

* 06 Abr 2021 00:46 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 2000 MILILITROS Via ENDOVENOSA

Observaciones: 40 MG MAS 100 CC SSN

* 06 Abr 2021 00:47 OMEprazol 40mg POLVO INYECTABLE VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Observaciones: 1G EN 100 ML

* 06 Abr 2021 00:47 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA

Observaciones: 75MG MAS 250 CC SSN

* 06 Abr 2021 00:48 VOLTAREN 75 mg / 3 mL SOLUCION INYECTABLE AMPOLLA x 3 mL 75 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ANGIE DAHYANA MARTINEZ ROMERO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144176645

06 abril 2021 02:39 - *(URGENCIAS)*

Observaciones: DELTOIDES DERECHO

* 06 Abr 2021 02:00 CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

Observaciones: BOLO DE 1000 Y DEJAR A 100 CC HORA

* 06 Abr 2021 02:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 2000 MILILITROS Via ENDOVENOSA

Observaciones: 6 MG MAS 100 CC SSN

* 06 Abr 2021 02:00 DEXAmetasona FOSFATO 8 mg/2 mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 8 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ANGIE DAHYANA MARTINEZ ROMERO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144176645

06 abril 2021 07:15 - *(URGENCIAS)*

Observaciones: región deltoidea sin complicaciones

* 06 Abr 2021 04:00 APIDRA 1.000 unidades / 10 mL SOLUCION INYECTABLE VIAL x 10 mL 5 UNIDADES INTERNACIONALES Via SUBCUTANEA

Firmado electrónicamente por **ANGIE DAHYANA MARTINEZ ROMERO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144176645

Diagnósticos de Egreso

	Localización	Tipo DX
-- **(U071) COVID-19 (Virus Identificado)**		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **PAULA ANDREA CUELLAR SANMIGUEL** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 767955/201 Identificación CC 1130589870

Salida Urgencias

Estado vital al salir **Vivo** Estado al salir Destino al salir **Hospitalización**

Fecha y hora de salida **06 abr. 2021 05:19** Remitido a

Medio de trasporte

Notas Aclaratorias

21 abril 2021 10:36 - *(URGENCIAS)*

05 04 2021 LACTATO DE RINGER X 1000 ML LEV ADMINISTRADOS POR AUXILIAR DE ENFERMERIA ASIGNADO AL PACIENTE .

Firmado electrónicamente por **ANA LUCIA SALAMANCA SOLARTE** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31928820

Datos de Enfermeria

Dispositivos Invasivos

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Firmado Electrónicamente por **CUELLAR SANMIGUEL PAULA ANDREA**

Identificación **CC 1130589870**
Especialidad **MEDICINA GENERAL**
Tarjeta Profesional **767955/201**

Historia Clínica de la Atención

HOSPITALIZACION

Dirección: **CRA. 38A NO. 5A - 100. TORRE A Ninguno**
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **1320**

Atención No.**14155965**

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

Identificación del Paciente

Paciente **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** Doc. de identificación **CC 16719326**
Fecha de Nacimiento **22-octubre-1965** Edad **55 Años 5 Meses 15 Días** Sexo **Masculino** Grupo Sanguineo
Estado Civil **Soltero** Ocupación
Teléfono **3212763349** Celular **3206364453**
Dirección **AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**
Responsable **JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA**

Llegada del Paciente

Ingreso al Servicio

Fecha y hora de Ingreso **06-abr.-2021 5:14**
Fecha y hora de Atención **06-abr.-2021 5:15**
El paciente se moviliza por sus propios medios? **No**
Medio de trasporte
Estado de llegada **Alerta**
Procedencia **Urgencias**
Llegó remitido de

Causa de Consulta y Anamnesis

Causa del evento: **dificultad para respirar**
Fecha de ocurrencia: **05/05/2021 06:23** Tiempo de evolución: **13 Días** Tipo de evento: **Enfermedad General**
Tipo consulta PyP: Sito de ocurrencia: **urgencias**

Enfermedad Actual - (Anamnesis)

paciente con pcr positiva para covid el 27/03/2021 con sintomas desde hace 13 dias

paciente quien manifiesta cuadro consistente en malestar genral, cefalea, sensacion de fiebre, manifiesta diaforesis constante, dolor epigastrico, tos seca, dolor toraxico posterior e hiporexia . niega otros sintomas- manifiesta en casa se desatura hasta 81% por lo que decide consultar

interconsulta medicina interna: paciente con pcr positiva para covid el 27/03/2021
con sintomas desde hace 13 dias

paciente quien manifiesta cuadro consistente en malestar genral, cefalea, sensacion de fiebre, manifiesta diaforesis constante, dolor epigastrico, tos seca, dolor toraxico posterior e hiporexia . niega otros sintomas- manifiesta en casa se desatura hasta 81% por lo que decide consultar

antecedentes personales patologicos hta + dm tipo 2
alergicos neg
insulinas no recuerda

analisis
paciente de 55 años, con comorbilidades dadas por hta + dm tipo 2 ir, en el contexto de neumonia viral x sars cov 2 con pcr positiva desde el 27.03.2021 e inicio de sintomas hace arox 13 dias.a hora con desaturacion con requerimiento de soporte de oxigeno con hipoxemia leve con marcadores de severidad elevados, con news score de 6 puntos y un call score clase c 10 puntos con alto riesgo de progresion y de complicaciones, por tla motivo considero hsopitalizar por medicina interna. inicio esteroide ev + terapia respiratoria + rponacion vigil.

Atención Clínica

Antecedentes Personales

Alérgicos	Alergias :
Alérgicos	- 10/03/2017 06:46 p. m. - hidromorfona 29/12/2016 10:05 a. m. - dipirona(Reg: 03 Ago 2017 19:35:)
Alérgicos	- HIDROMORFONA(Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Alérgicos	- DIPIRONA HIDROMORFONA(Reg: 05 Abr 2021 23:14:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 30 May 2007 12:14:)
Patológicos	- HTA y diabetes controlada(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Patológicos	- CONOCIDOS(Reg: 22 Dic 2012 23:59:)
Patológicos	- ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

	FUMADOR(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Patológicos	- gastritis(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Patológicos	Diabetes - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Hipertensión Arterial - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	Otros - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2017 10:56:)
Patológicos	- hta, dm tipo ii, rge, sinusitis, hepatitis, gastritis, extabaquismo, insomnio, trastorno de ansiedad y dificil manejo del dolor(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 15 Feb 2017 00:53:)
Patológicos	No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Patológicos	- HIPERTENSION ARTERIAL DIABETES TIPO II(Reg: 05 Abr 2021 23:14:)
Quirúrgicos	- septorrinoplastia hace 7 meses(Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Quirúrgicos	- APENDICE ARTROSCOPIA(Reg: 14 Mar 2008 22:26:)
Quirúrgicos	- APENDICECTOMIA ARTROSCOPIA DE RODILLA IZQUIERDA(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Quirúrgicos	- apendicectomia, artroscopia rodilla izq.(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Quirúrgicos	- ANOTADOS(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Quirúrgicos	- NO NEUVOS(Reg: 05 Abr 2021 23:14:)
Traumatologicos	- NEG(Reg: 05 Abr 2021 23:14:)
Farmacológicos	- Pregabalina y Palexis Retard(Reg: 12 Jun 2017 14:02:)
Farmacológicos	- TOMA OMEPRAZOL(Reg: 14 Abr 2008 09:42:)
Farmacológicos	- imovane(Reg: 24 Jun 2008 16:35:)
Farmacológicos	Reaccion medicamentos actuales - METFORMINA, ENALAPRIL, SINAGEL,LIRICA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Farmacológicos	- pregabalina 150 mg cada 12 horas, amitriptilina 1/4 tab al dia, esomeprazol, losartan 50 mg cada 12 horas, hipoglicemiantes orales, zopiclona 15 mg/noche(Reg: 03 Ago 2017 19:31:)
Farmacológicos	- PREGABALINA 75 MG VO 2 TABLETAS EN LA NOCHE, ARCOXIA 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y PALEXIS CADA 6 HORAS ENALAPRIL 5 MG VO CADA 12 HORAS METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS GLIBENCLAMIDA 1 TABLETA VIA ORAL CADA MAÑANA(Reg: 04 Mar 2017 10:03:)
Tóxicos	- tabaquismo pesado .(Reg: 17 Dic 2012 16:53:)
Tóxicos	- NEG(Reg: 05 Abr 2021 23:14:)
Inmunologicos	- NEG(Reg: 05 Abr 2021 23:14:)
Transfusiones	- (Reg: 22 Feb 2016 16:47:)
Transfusiones	- (Reg: 10 Mar 2017 18:46:)
Otros	- TABAQUISMO(Reg: 30 May 2007 12:11:)
Otros	- Zoplicona(Reg: 08 Feb 2013 11:45:)
Otros	Entrega preparacion - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Explica procedimientos - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Antecedentes quirurgicos - IMPLANTES DE TORNILLO EN ESPALDA, APENDICETOMIA, AMIGDALAS, CX DE CAMPANA DE ADAN(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Cuando resultado uro - DIPIRONA, HIDROMORFONA(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Peso EC Unid Urol - 86KG(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Procedimiento que se va a realizar - - FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Talla EC Unid Urol - 1.80MT(Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Otros	Tiene resultado de urocultivo - (Reg: 18 Ene 2018 00:00:)
Perinatal	- EG(Reg: 05 Abr 2021 23:14:)

Antecedentes Familiares

		Mamá	Papá	Hno(a)	Abuelo(a)	Conyugue	Hijo(a)	Otros
Otros	- no							
Otros	- no sabe							
Otros	- SIN DATO							
Otros	- no refiere							
Otros	- NEG							

Signos vitales

Fecha	P. A.	PAM	P. Pulm.	PPM	PVC	Temp °C	F.Card.	F. Resp	Sat O2	FIO2

06/abr./2021 06:00	114/67	83	/			36.4	72	21	96	24	
06/abr./2021 08:00	127/100	109	/			35.6	66	20	91	24	
06/abr./2021 14:02	104/65	78	/			35.5	71	20	97	24	
06/abr./2021 20:32	140/91	107	/			36	91	20	90	21	
07/abr./2021 05:24	96/58	71	/			36.4	75	20	94	28	
07/abr./2021 09:47	107/60	76	/			36.2	78	16	91	24	
07/abr./2021 15:07	152/82	105	/			36.1	54	19	90	21	
07/abr./2021 20:58	180/100	127	/			36.5	86	24	86	32	
07/abr./2021 21:00	154/92	113	/			36.5	77	21	95	60	
08/abr./2021 06:05	133/90	104	/			35.3	74	20	93	60	
08/abr./2021 10:58	117/65	82	/			36	79	20	95	64	
08/abr./2021 16:39	141/88	106	/			36.2	71	19	90	60	
08/abr./2021 21:44	140/92	108	/			36.5	82	20	92	70	
09/abr./2021 05:01	112/74	87	/			36.2	62	20	96	60	
09/abr./2021 08:28	126/82	97	/			36	84	20	90	9	
09/abr./2021 16:30	129/83	98	/			36.5	76	20	93	70	
09/abr./2021 21:26	148/98	115	/			36.2	88	20	94	60	
10/abr./2021 05:16	109/64	79	/			35.6	70	20	98	36	
10/abr./2021 10:00	121/68	86	/			36.7	77	20	95	40	
10/abr./2021 16:07	128/92	104	/			35.6	76	20	95	40	
10/abr./2021 20:29	143/82	102	/			36	65	20	96	32	
11/abr./2021 06:31	133/89	104	/			36	19	64	95	32	
11/abr./2021 10:27	140/95	110	/			36.5	83	20	91	24	
11/abr./2021 16:04	134/94	107	/			35	81	20	93	28	
11/abr./2021 21:05	133/88	103	/			36.6	84	20	93	28	
12/abr./2021 05:18	107/68	81	/			36.4	80	20	92	224	
12/abr./2021 10:00	133/82	99	/			36.3	92	20	93	24	
12/abr./2021 14:27	136/89	105	/			36.3	87	20	92	21	
12/abr./2021 20:48	117/57	77	/			37.4	64	20	96	21	
13/abr./2021 06:12	124/88	100	/			36	77	20	92	21	
13/abr./2021 08:00	128/91	103	/			36.1	98	19	93	21	

Revisión por Sistemas

06 abril 2021 06:24 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Observaciones. . . . . **Revisión por sistemas negativo**

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA ARROYO ALVAREZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1902288 Identificación CC 67022056

Examen Físico

06 abril 2021 06:24 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Estado General. . . . . **alerta afebril no sirs leve disnea**

Tórax. . . . . **ruidos respiratorios cn mv disminuidos**

Abdomen. . . . . **abdomen**
depresible no megalias

Musculo-esquelético. . . . . **no edemas**

Neurológico. . . . . **Glasgow 15/15**

Analisis. . . . . **paciente de 55 años, con comorbilidades dadas por hta + dm tipo 2 ir, en el contexto de neumonia viral x sars cov 2 con pcr positiva desde el 27.03.2021 e inicio de sintomas hace arox 13 dias.a hora con desaturacion con requerimiento de soporte de oxigeno con hipoxemia leve con marcadores de severidad elevados, con news score de 6 puntos y un call score clase c 10 puntos con alto riesgo de progresion y de complicaciones, por tla motivo considero hsopitalizar por medicina interna. inicio esteroide ev + terapia respiratoria + rponacion vigil.**

Observaciones. . . . . **Revisión por sistemas negativo**

Triage. **2**

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA ARROYO ALVAREZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1902288 Identificación CC 67022056

Diagnósticos de Ingreso

	Localización	Tipo DX
-- (U071) COVID-19 (Virus Identificado)		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **PAOLA ANDREA RAMIREZ RUIZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 19/9206/20 Identificación CC 38888753

-- **(U071) COVID-19 (Virus Identificado)** Impresion Diagnóstica
-- **(U072) COVID-19 (Virus No Identificado)** Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **PAOLA ANDREA RAMIREZ RUIZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 19/9206/20 Identificación CC 38888753

Notas de Evolución

06 abril 2021 12:09 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.1

MEDICINA INTERNA
DIAGNOSTICOS
1- NEUMONIA VIRAL X SARS COV 2
1- PCR POSITIVA DEL 27.03.2021
1- INICIO DE SINTOMAS HACE 13 DIAS
1- NEWS SCORE DE 6 PUNTOS
1- CALL score 10 PUNTOS CLASE C ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES
1- HTA X HCLX
1- DM TIPO 2 IR.
REFIERE SENTIRSE MEJOR , SOPORTE DE OXIGENO BAJO,
NO FIEBRE, TOELERA VIA ORAL
Presión Arterial: 127/100
Pulso: 66/min
Frec. Resp.: 20/min
Temperatura: 35.6°C
Sat. Oxígeno: 91

COMENTARIO, SISTEMICAMENTE ESTABLE, SIGUE CON IGUAL SOPORTE ,
SEGUIMIENTO ESTRECHO

Firmado electrónicamente por **DAVID IDROBO MARTINEZ** -- MEDICINA INTERNA
Tarjeta Profesional: RM 102/95 Identificación CC 12986795

06 abril 2021 17:21 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.1

Diagnósticos:
(U071) COVID-19 (Virus Identificado)

se ordena medicación de conciliación

Firmado electrónicamente por **ANA MARIA MENDEZ MORENO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 05-5211-14 Identificación CC 1037598936

06 abril 2021 23:50 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.1

Diagnósticos:
(U071) COVID-19 (Virus Identificado)

Firmado electrónicamente por **ANA MARIA SANCHEZ LIBREROS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 761842/201 Identificación CC 1116433621

07 abril 2021 09:06 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.2

MEDICINA INTERNA
DIAGNOSTICOS
1- NEUMONIA VIRAL X SARS COV 2
1- PCR POSITIVA DEL 27.03.2021
1- INICIO DE SINTOMAS HACE 13 DIAS
1- NEWS SCORE DE 6 PUNTOS
1- CALL score 10 PUNTOS CLASE C ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES
1- HTA X HCLX
1- DM TIPO 2 IR.
SISTEMICAMENTE ESTABLE CON REQUERIMIENTO DE OXIGENO, REFIERE SENTIRSE CON DISNEA
SIN FIEBRE
TOLERA VIA ORAL

Presión Arterial: 127/100
Pulso: 66/min
Frec. Resp.: 20/min
Temperatura: 35.6°C
Sat. Oxígeno: 91

COMENTARIO,
CON SOPORTE DE OXIGENO , AUN CON DISNEA,
SIGUE CON MANEJO DE SOPORTE , SE ORDENA BIOMARCADORES DE SEVERIDAD PARA MAÑANA

Firmado electrónicamente por **DAVID IDROBO MARTINEZ** -- MEDICINA INTERNA
Tarjeta Profesional: RM 102/95 Identificación CC 12986795

08 abril 2021 01:03 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.3

Diagnósticos:
(U071) COVID-19 (Virus Identificado)

Tipo Estancia: Hospitalización
Criterio: Paciente que requiera administración prolongada de líquidos endovenosos

Firmado electrónicamente por **PAOLA ANDREA RAMIREZ RUIZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 19/9206/20 Identificación CC 38888753

08 abril 2021 09:25 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.3

Diagnósticos:
(U071) COVID-19 (Virus Identificado)

reporte de paraclínicos

ch: leuc 11180 n 90.4% linf 6.7% Hb 15.2 plt 229000: leucos limite sup, Hb y plt ok
ldh 315 elevada
dimero d 445 normal

Firmado electrónicamente por **ANA MARIA SANCHEZ LIBREROS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 761842/201 Identificación CC 1116433621

08 abril 2021 10:23 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.3

MEDICINA INTERNA
DIAGNOSTICOS
1- NEUMONIA VIRAL X SARS COV 2
1- PCR POSITIVA DEL 27.03.2021
1- INICIO DE SINTOMAS HACE 13 DIAS
1- NEWS SCORE DE 6 PUNTOS
1- CALL score 10 PUNTOS CLASE C ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES
1- HTA X HCLX
1- DM TIPO 2 IR.
PACIENTE A REQUERIDO MASCARA DE REIHALACION
TOLERA VIA ORAL
Presión Arterial: 127/100
Pulso: 66/min
Frec. Resp.: 20/min
Temperatura: 35.6°C
Sat. Oxígeno: 91

COMENTARIO,
AUMENTO DE REQUERIMIENTO DE OXIGENO, AHORA CON MASCARA DE NO REHINALCION , PUEDE REQUERIR SOPORTE INVASIVO
SE SOLICITA GASES ARTERIALES, SEGUN EVOLUCION Y GASES TRASALADO A UCI

Firmado electrónicamente por **DAVID IDROBO MARTINEZ** -- MEDICINA INTERNA
Tarjeta Profesional: RM 102/95 Identificación CC 12986795

08 abril 2021 10:52 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.3

Diagnósticos:
(U071) COVID-19 (Virus Identificado)

llega reporte de pcr 112 leve descenso
continua manejo medico
Tipo Estancia: Hospitalización
Criterio: Hospitalización

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA ARROYO ALVAREZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1902288 Identificación CC 67022056

08 abril 2021 17:16 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.3

Diagnósticos:
(U071) COVID-19 (Virus Identificado)

pcr 112

Firmado electrónicamente por **ANA MARIA SANCHEZ LIBREROS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 761842/201 Identificación CC 1116433621

09 abril 2021 02:46 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.4

Diagnósticos:
(U071) COVID-19 (Virus Identificado)

Tipo Estancia: Hospitalización
Criterio: Paciente que requiera tratamiento médico prolongado con medicaciones endovenosas

LLEGAN GA: Ph 7.47 Pco2 31 P02 72.4 Hc03 22.1 PaFi= 181 mmHg FIO 40%
PACIENTE CON MEJOR PATRON RESPIRATORIO CON SAO>91%, CONTINUA IGUAL MANEJO POR EL MOMENTO.

Firmado electrónicamente por **SEBASTIAN LAGO RIVERA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1151936563 Identificación CC 1151936563

09 abril 2021 10:00 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.4

MEDICINA INTERNA
DIAGNOSTICOS
1- NEUMONIA VIRAL X SARS COV 2
1- PCR POSITIVA DEL 27.03.2021
1- INICIO DE SINTOMAS HACE 13 DIAS
1- NEWS SCORE DE 6 PUNTOS
1- CALL score 10 PUNTOS CLASE C ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES
1- HTA X HCLX
1- DM TIPO 2 IR.
CONCIENTE ALERTA REFIERE DISNEA CON MOVIMIENTO
NO FIEBRE, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE
Presión Arterial: 127/100
Pulso: 66/min
Frec. Resp.: 20/min
Temperatura: 35.6°C
Sat. Oxígeno: 91

COMENTARIO,
SIGUE CON MASCARA DE NO REHINALACION , PAFI MENOS DE 190, PERO TIENE BUEN PATRON RESPIRATORIA, PLAN SEGUIMIENTO ESTRECHO GASES ARTERIALES EN LA TARDE SI DISMINUYE LA PAFI TRASLADO A UCI ,

Firmado electrónicamente por **DAVID IDROBO MARTINEZ** -- MEDICINA INTERNA
Tarjeta Profesional: RM 102/95 Identificación CC 12986795

09 abril 2021 12:22 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.4

Diagnósticos:
(U071) COVID-19 (Virus Identificado)

Firmado electrónicamente por **ANA MARIA SANCHEZ LIBREROS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 761842/201 Identificación CC 1116433621

09 abril 2021 17:06 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.4

Diagnósticos:
(U071) COVID-19 (Virus Identificado)

pafi 201 mmhg mejoría
paciente en el momento tranquilo, sin signos de dif respiratoria, se continua destete de oxigeno
vigilancia clínica, control de signos vitales - avisar cambios
gracias

Firmado electrónicamente por **ANA MARIA SANCHEZ LIBREROS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 761842/201 Identificación CC 1116433621

10 abril 2021 10:18 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.5

MEDICINA INTERNA
DIAGNOSTICOS
1- NEUMONIA VIRAL X SARS COV 2
1- PCR POSITIVA DEL 27.03.2021
1- INICIO DE SINTOMAS HACE 13 DIAS
1- NEWS SCORE DE 6 PUNTOS
1- CALL score 10 PUNTOS CLASE C ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES
1- HTA X HCLX
1- DM TIPO 2 IR.
SISTEMICAMENTE ESTABLE PERO CON SOPORTE DE OXIGENO CON MASCARA DE NO REINHALACION
PERO SE DISMINUYO APORTE DE OXIGENO
SIN RESPUESTA INFLAMATORIA
Presión Arterial: 127/100
Pulso: 66/min
Frec. Resp.: 20/min
Temperatura: 35.6°C
Sat. Oxígeno: 91

COMENTARIO,
AUNQUE SE DISMINUYO ALGO SOPORTE DE OXIGENO ES NECESARIO SEGUIMIENTO ESTRECHO PORQUE PUEDE PRESENTA FALLA RESPIRATORIA POR AHORA SEGUIMIENTO ESTRECHO ,
TIENE DISMINUCION DE DIMERO D

Firmado electrónicamente por **DAVID IDROBO MARTINEZ** -- MEDICINA INTERNA
Tarjeta Profesional: RM 102/95 Identificación CC 12986795

10 abril 2021 16:19 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Análisis de Resultados de Exámenes

906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO: Proteína C reactiva alta sensibilidad - 96.10
fuera de metas

902104 DIMERO D AUTOMATIZADO: Dimero D. - 559.97
fuera de metas

Firmado electrónicamente por **PAOLA ANDREA RAMIREZ RUIZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 19/9206/20 Identificación CC 38888753

11 abril 2021 11:06 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.6

MEDICINA INTERNA

DIAGNOSTICOS
1- NEUMONIA VIRAL X SARS COV 2
1- PCR POSITIVA DEL 27.03.2021
1- INICIO DE SINTOMAS HACE 13 DIAS
1- NEWS SCORE DE 6 PUNTOS
1- CALL score 10 PUNTOS CLASE C ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES
1- HTA X HCLX
1- DM TIPO 2 IR.
BUENA EVOLUCION SE HA DISMINUIDO SOPORTE DE OXIGENO, SIN FIEBRE, TOLERA VIA ORAL
Presión Arterial: 127/100
Pulso: 66/min
Frec. Resp.: 20/min
Temperatura: 35.6°C
Sat. Oxígeno: 91

COMENTARIO,
PACIENTE CURSA CON 5 DIAS DE MANEJO INTRAHOSPITALARIO POR CUADRO DE NEUMONIA POR COVID, HAY DIMINUCION MARACADA DE SOPORTE DE OXIGENO , EN MAJORIA PAULATINA, EN PLAN DE DESTETE DE OXIGENO

Firmado electrónicamente por **DAVID IDROBO MARTINEZ** -- MEDICINA INTERNA
Tarjeta Profesional: RM 102/95 Identificación CC 12986795

11 abril 2021 17:01 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.6

Diagnósticos:
(U071) COVID-19 (Virus Identificado)
Tipo Estancia: Hospitalización
Criterio: Hospitalización

Firmado electrónicamente por **PAOLA ANDREA RAMIREZ RUIZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 19/9206/20 Identificación CC 38888753

12 abril 2021 08:22 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Día de Hospitalización No.7

Diagnósticos:
(U071) COVID-19 (Virus Identificado)

MEDICINA INTERNA
IDX:
1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIO AGUDA HIPOXEMICA
2. NEUMONÍA VIRAL POR SARS COV2
3. INFECCIÓN PÓR SARS COV 2 –
PCR POSITIVA 27/03/21
INICIO SINTOMAS:MARZO 27 2021
4.HTA
5.DM2

NO FIEBRE EN EL MOMENTO.
C-P RS CS RS SINUSAL
RECIBE SIPORTE DE OXIGENO CON CANULA NASAL. A 1 LT
BUEN PATRON RESPIRATORIO.
DIURESIS ADECUADA. HGMA DE CONTROL NORMAL SODIO, POTASIO , CREATININA NORMALES
SE SIENTE MEJOR

A-P
PACIENTE CON EVOLUCION HACIA LA MEJORIA. SEGUIMIENTO DE INDICES DE OXIGENACION
DESTETE DE OXIGENO

Tipo Estancia: Hospitalización Aislamiento Especial
Criterio: Paciente Aislamiento por contacto (ficha de color Naranja)
Criterio: Paciente Aislamiento por Gotas (Ficha de color Verde)

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **MIGUEL SANTIAGO OTERO MEDINA** -- MEDICINA INTERNA
Tarjeta Profesional: 00822/1993 Identificación CC 16712299

12 abril 2021 15:19 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Análisis de Resultados de Exámenes

903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS: Potasio en suero - 4.80 normal

903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS: Sodio en suero - 132.0

903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS: Creatinina en suero - 0.57 normal

Firmado electrónicamente por **PAOLA ANDREA RAMIREZ RUIZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 19/9206/20 Identificación CC 38888753

12 abril 2021 16:27 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.7

Diagnósticos:
(U071) COVID-19 (Virus Identificado)

Firmado electrónicamente por **PAOLA ANDREA RAMIREZ RUIZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 19/9206/20 Identificación CC 38888753

13 abril 2021 00:36 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.8

Diagnósticos:
(U071) COVID-19 (Virus Identificado)

Tipo Estancia: Hospitalización
Criterio: Paciente que requiera tratamiento médico prolongado con medicaciones endovenosas

se reemplaza esomeprazol por orazole por no disponibilidad

Firmado electrónicamente por **SEBASTIAN LAGO RIVERA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1151936563 Identificación CC 1151936563

13 abril 2021 09:22 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Día de Hospitalización No.8

Diagnósticos:
(U071) COVID-19 (Virus Identificado)

MEDICINA INTERNA
IDX:
1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIO AGUDA HIPOXEMICA RESUELTA
2. NEUMONÍA VIRAL POR SARS COV2
3. INFECCIÓN PÓR SARS COV 2 –
PCR POSITIVA 27/03/21
INICIO SINTOMAS:MARZO 27 2021
4.HTA
5.DM2

NO FIEBRE
C-P RS CS RS SINUSAL
SIN SOPORTE DE OXIGENO DESDE HACE 24 H, LO HA TOLERADO
BUEN PATRON RESPIRATORIO.
DIURESIS ADECUADA.
SE SIENTE MEJOR

A-P
PACIENTE CON EVOLUCION HACIA LA MEJORIA. YA SIN OXIGENO, SE DECIDE MANEJO AMBULATORIO, INCAPACIDAD, CONTINUAR CON INCENTIVO RESPIRATORIO, CITA DE CONTROL CONSULTA EXTERNA EN 1 MES

Tipo Estancia: Hospitalización Aislamiento Especial
Criterio: Paciente Aislamiento por contacto (ficha de color Naranja)
Criterio: Paciente Aislamiento por Gotas (Ficha de color Verde)

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **MIGUEL SANTIAGO OTERO MEDINA** -- MEDICINA INTERNA
Tarjeta Profesional: 00822/1993 Identificación CC 16712299

Nota de Egreso

13 abril 2021 09:23 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

MEDICINA INTERNA
IDX:
1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIO AGUDA HIPOXEMICA RESUELTA
2. NEUMONÍA VIRAL POR SARS COV2
3. INFECCIÓN PÓR SARS COV 2 –
PCR POSITIVA 27/03/21
INICIO SINTOMAS:MARZO 27 2021
4.HTA
5.DM2

NO FIEBRE
C-P RS CS RS SINUSAL
SIN SOPORTE DE OXIGENO DESDE HACE 24 H, LO HA TOLERADO
BUEN PATRON RESPIRATORIO.
DIURESIS ADECUADA.
SE SIENTE MEJOR

A-P
PACIENTE CON EVOLUCION HACIA LA MEJORIA. YA SIN OXIGENO, SE DECIDE MANEJO AMBULATORIO, INCAPACIDAD, CONTINUAR CON INCENTIVO RESPIRATORIO, CITA DE CONTROL CONSULTA EXTERNA EN 1 MES

Se dan recomendaciones al paciente/familia

Firmado electrónicamente por **MIGUEL SANTIAGO OTERO MEDINA** -- MEDICINA INTERNA
Tarjeta Profesional: 00822/1993 Identificación CC 16712299

Ordenes de Examenes

07 abril 2021 09:07 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

∗ (Hora: 09:07) 902104 DIMERO D AUTOMATIZADO — Ubicación **No Aplica**
Observaciones MAÑANA

∗ (Hora: 09:07) 902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO — Ubicación **No Aplica**
Observaciones MAÑANA

∗ (Hora: 09:08) 903828 DESHIDROGENASA LACTICA — Ubicación **No Aplica**
Observaciones MAÑANA

∗ (Hora: 09:07) 906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO — Ubicación **No Aplica**
Observaciones MAÑANA

Firmado electrónicamente por **DAVID IDROBO MARTINEZ** -- MEDICINA INTERNA
Tarjeta Profesional: RM 102/95 Identificación CC 12986795

07 abril 2021 16:56 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

∗ (Hora: 16:56) 906914 PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO — Ubicación **No Aplica**

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA ARROYO ALVAREZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1902288 Identificación CC 67022056

08 abril 2021 10:24 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

∗ (Hora: 10:24) 903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO) — Ubicación **No Aplica**
Observaciones TOMAR HOY EN LA TARDE

Firmado electrónicamente por **DAVID IDROBO MARTINEZ** -- MEDICINA INTERNA
Tarjeta Profesional: RM 102/95 Identificación CC 12986795

09 abril 2021 10:01 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* (Hora: 10:01) 902104 DIMERO D AUTOMATIZADO — Ubicación **No Aplica**
  Observaciones MAÑANA

* (Hora: 10:01) 903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO) — Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 10:02) 906913 PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO — Ubicación **No Aplica**
  Observaciones MAÑANA

Firmado electrónicamente por **DAVID IDROBO MARTINEZ** -- MEDICINA INTERNA
Tarjeta Profesional: RM 102/95 Identificación CC 12986795

11 abril 2021 14:53 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* (Hora: 14:53) 902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO — Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 14:53) 903839 GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO) — Ubicación **No Aplica**
  Observaciones control mañana

* (Hora: 14:54) 903859 POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS — Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 14:54) 903864 SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS — Ubicación **No Aplica**

* (Hora: 14:54) 903895 CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS — Ubicación **No Aplica**

Firmado electrónicamente por **PAOLA ANDREA RAMIREZ RUIZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 19/9206/20 Identificación CC 38888753

Ordenes de Medicamentos

06 abril 2021 06:25 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL **Dosificación**: 1 GR
  Observaciones: APLICAR 1 GRAMO INTRAVENOSO cada 8 hrs

* OMEprazol 40mg POLVO INYECTABLE VIAL **Dosificación**: 40 MG
  Observaciones: APLICAR 40 MG IV DILUIDOS EN 100 CC SSN cada dia

* DEXAmetasona FOSFATO 8 mg/2 mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL **Dosificación**: 1
  Observaciones: 6 MG EV DIA

* CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL **Dosificación**: 1
  Observaciones: SC DIA

* LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 **Dosificación**: 1
  Observaciones: 70CC/HORA POR BOMBA DE INFUSION

* APIDRA 1.000 unidades / 10 mL SOLUCION INYECTABLE VIAL x 10 mL **Dosificación**: 1
  Observaciones: GLUCOMETRIA 150-199:3U; 200-249: 5U; >250: 8U

Firmado electrónicamente por **MARIA FERNANDA ARROYO ALVAREZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1902288 Identificación CC 67022056

06 abril 2021 17:18 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* ENALApril MALEATO 5 mg TABLETA **Dosificación**: 5 mg
  Observaciones: vo cada 12 horas

* GEMFIBROZILO 600 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación**: 1 tab vo al dia
  Observaciones: Vía: Frecuencia: Dilución:

* LANTUS 300 unidades / 3 mL SOLUCION INYECTABLE PLUMA x 3 mL **Dosificación**: 10 u
  Observaciones: sc cada dia a las 7 pm

* ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA **Dosificación**: 100mg/dosis
  Observaciones: 1 tableta VO cada 24 horas

* LYRICA 75 mg CAPSULA **Dosificación**: 75 Mg
  Observaciones: VO cada dia

* ISOKLON 3 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación**: 6 mg
Observaciones: VO CADA NOCHE

Firmado electrónicamente por **ANA MARIA MENDEZ MORENO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 05-5211-14 Identificación CC 1037598936

06 abril 2021 23:50 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* ZOPICLONA 7,5 mg TABLETA RECUBIERTA **Dosificación**: 2 tab
Observaciones: vo noche (conciliacion) informacion dada por el paciente

Firmado electrónicamente por **ANA MARIA SANCHEZ LIBREROS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 761842/201 Identificación CC 1116433621

12 abril 2021 16:28 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 **Dosificación**: 70 cc/hr
Observaciones: Pasar EV a 70 cc/h

Firmado electrónicamente por **PAOLA ANDREA RAMIREZ RUIZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 19/9206/20 Identificación CC 38888753

13 abril 2021 00:36 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* ORAZOLE 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL **Dosificación**: 40mg/dosis
Observaciones: 1 amp EV cada 24 horas

Firmado electrónicamente por **SEBASTIAN LAGO RIVERA** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 1151936563 Identificación CC 1151936563

Ordenes Generales

06 abril 2021 12:09 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Otras Metas NO LABORATORIO PARA MAÑANA

Firmado electrónicamente por **DAVID IDROBO MARTINEZ** -- MEDICINA INTERNA
Tarjeta Profesional: RM 102/95 Identificación CC 12986795

06 abril 2021 17:22 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Terapia respiratoria una al dia

Firmado electrónicamente por **ANA MARIA MENDEZ MORENO** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 05-5211-14 Identificación CC 1037598936

09 abril 2021 12:22 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Terapia respiratoria 2 al dia

Firmado electrónicamente por **ANA MARIA SANCHEZ LIBREROS** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 761842/201 Identificación CC 1116433621

11 abril 2021 17:01 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Otras Metas tomar laboratorios de control - no tomar gases por el momento.

Firmado electrónicamente por **PAOLA ANDREA RAMIREZ RUIZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 19/9206/20 Identificación CC 38888753

12 abril 2021 16:27 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Otras ordenes: suspender ringer. inicia SSN 0.9%

Firmado electrónicamente por **PAOLA ANDREA RAMIREZ RUIZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 19/9206/20 Identificación CC 38888753

Procedimientos Fisioterapia

06 abril 2021 18:29 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Paciente con Acompañante: : No
Fecha y Hora: : 06/04/2021 03:00:00 p. m.
Descripción : SOPORTE DE OXIGENO INICIAL : CANULA NASAL A 0.5 LITROS
SOPORTE DE OXIGENO FINAL : AIRE AMBIENTE

DIAGNOSTICO MEDICO:
1. NEUMONIA VIRAL POR SARS COV2, PCR + DEL 27.03.21

ANTECEDENTES:
1. HTA
2. DM TIPO II IR

SIGNOS VITALES:
FRECUENCIA CARDIACA: 82LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20 RPM

SATURACION DE O2: 94%
ESCALA DE BORG:0/10
ESCALA DE EVA: 0/10

EVALUACION: ENCUENTRO PACIENTE EN SUPINO EN CAMILLA SIN ACOMPAÑANTE, REFIERE QUE HA PASADO BUEN DIA, MANIFIESTA SENTIRSE MEJOR, AFIRMA QUE HA DISMINUIDO TOS, SE OBSERVA ALERTA CONSCIENTE Y ORIENTADO SE COMUNICA DE MANERA EFICIENTE, SE OBSERVA COLABORADOR Y CON BUENA ACTITUD ANTE LA INTERVENCION.

INSPECCIÓN: RESPIRACION DE TIPO COSTAL SUPERIOR SUPERFICIAL, RITMICO, NO SE EVIDENCIA SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
PARAMETROS VENTILATORIOS: NA
POSICION, FIJACION Y PRESION CUFF DEL TOT/TQT: NA
N° TRAQUEOSTOMIA: NA
KIT TRAQUEOSTOMIA: COMPLETO/INCOMPLETO: NA
OCLUSION DE TQT: NA
PALPACIÓN: SIN ALTERACIONES
AUSCULTACIÓN: MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN PRESENCIA DE RUIDOS SOBREAGREGADOS.
GASES ARTERIALES: PH: 7.44, PaO2:60, CO2:31, HCO3:21, BE:2.4, SO2:91% PaO2/FIO2:250, FIO2: 24%
INTERPRETACION GASES: ALCALOSIS RESPIRATORIOA COMPENSADA CON HIPOXEMIA LEVE.
MEDICAMENTOS TERAPEUTICOS: NA
EXAMENES Y AYUDAS DIAGNOSTICAS: RX DE TORAX: AREAS EVIDENTES DE CONSOLIDACION MAS OPACIDADES INTERSTICIALES RETICULARES BILATERALES, LEU:9.57, HB:16.2, PLT:202, TROPONINA:0.009, NA:131, PCR.179, DL:300, CR:0.70, FERRITINA:383, DD:657.

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:
MEJORAR VOLUMENES Y CAPACIDADES PULMONARES.
PROMOVER MEJORIA DE CAPACIDAD AEROBICA.
REHABILITAR PATRON RESPIRATORIO.
MEJORAR EXPANSIBILIDAD TORACICA.

EVOLUCIÓN:
SE REALIZA ADECUADO POSICIONAMIENTO EN SEDENTE AL BORDE DE CAMA, EN ESTA POSICION SE TRABAJA PATRON DIAFRAGMATICO, ESTIRAMIENTOS Y MOVILIZACIONES DE REJA COSTAL, DESPUES SE REALIZA VENTILACION A NIVEL DE CAPACIDAD INSPIRATORIA MEDIA, SEGUIDO DE INSPIRACIONES SOTENIDAS, EJERCICIOS DE REXPANSION PULMONAR COMBINADO CON DIAGONALES FUNCIONALES DE MIEMBRO SUPERIOR, SEGUIDO DE VENTILACION DESDE LA CAPACIDAD INSPIRATORIA MAXIMA, Y REDUCACION DEL PATRON RESPIRATORIO, TODA LA INTERVENCION SE REALIZA SIN OXIGENO Y AL FINAL DE ESTA TERMINA SATURANDO 92% POR LO QUE SE RETIRA SOPORTE DE OXIGENO.

PACIENTE TOLERA LA INTERVENCION, SE DEJA ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION, SE ENTREGA FOLLETO EDUCATIVO DE EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y CUIDADOS DE COVID, SE INDICA REALIZAR EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y DE REXPANSION PULMONAR DESCRITOS EN EL FOLLETO, DOS VECES EN LA MAÑANA Y DOS VECES EN LA TARDE, REALIZANDO 2 SERIES DE 10 REPETICIONES ADEMAS SE INDICA INCENTIVO, SE REFUERZA EDUCACION SOBRE PREVENCION Y RIESGO DE CAIDAS, SE RECOMIENDA CAMA A NIVEL MAS BAJO , BARANDAS ARRIBA Y EVITAR CAMBIOS DE POSICION, TRANSICIONES Y DEAMBULACION SIN AYUDA.

INSUMOS: NO
AYUDAS TERAPEUTICAS: FOLLETO EDUCATIVO.

Firmado electrónicamente por **JUAN CAMILO PALACIOS OSPINA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 1143871794 Identificación CC 1143871794

07 abril 2021 12:06 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Paciente con Acompañante: : No
Fecha y Hora: : 07/04/2021 12:06:46 p. m.
Descripción : SOPORTE DE OXIGENO INICIAL : CANULA NASAL A 1 LITROS
SOPORTE DE OXIGENO FINAL : CANULA NASAL A 1 LITROS

DIAGNOSTICO MEDICO:
1. NEUMONIA VIRAL POR SARS COV2, PCR + DEL 27.03.21

ANTECEDENTES:
1. HTA
2. DM TIPO II IR

SIGNOS VITALES:
FRECUENCIA CARDIACA: 89LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18 RPM
SATURACION DE O2: 93%
ESCALA DE BORG:0/10
ESCALA DE EVA: 0/10
EVALUACION: ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, ALERTA CONSCIENTE Y ORIENTADO, SE COMUNICA DE MANERA EFICIENTE, SE OBSERVA COLABORADOR Y CON BUENA ACTITUD ANTE LA INTERVENCION, ACCESOS DE TOS OCASIONALES, FUCIONAL PARA SUS ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS.
INSPECCIÓN: RESPIRACION DE PREDOMINIO COSTAL SUPERIOR, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
PARAMETROS VENTILATORIOS: NA
POSICION, FIJACION Y PRESION CUFF DEL TOT/TQT: NA
N° TRAQUEOSTOMIA: NA
KIT TRAQUEOSTOMIA: COMPLETO/INCOMPLETO: NA
OCLUSION DE TQT: NA
PALPACIÓN: SIN ALTERACIONES
AUSCULTACIÓN: SIN AUSCULTACION.
GASES ARTERIALES: NO TINEE DE HOY
MEDICAMENTOS TERAPEUTICOS: NA
EXAMENES Y AYUDAS DIAGNOSTICAS: NO TIENE.

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:
MEJORAR VOLUMENES Y CAPACIDADES PULMONARES.
PROMOVER MEJORIA DE CAPACIDAD AEROBICA.
REHABILITAR PATRON RESPIRATORIO.
MEJORAR EXPANSIBILIDAD TORACICA.

EVOLUCIÓN:
SE REALIZA AJUSTES POSTURALES, MOVILIZACIONES COSTALES, INSPIRACIONES PROFUNAS, CICLO ACTIVO DE LA RESPIRACION, FACILITACION DE PATRON DIAFRAGMATICO, ESTIRAMIENTO DE MUSCULOS DE REJA COSTAL CON AYUDA DE MMSS, VENTILACION DIRIGIDA. TOLERA ADECUADAMENTE, SE REFIERZA INFORMACION DE FOLLETO DE EJERCICIOS, DEJO ACTIVIDAD PARA REALIZAR CON HORARIO. SE DA EDUCACION SOBRE PREVENCION Y RIESGO DE CAIDAS, SE RECOMIENDA CAMA A NIVEL MAS BAJO , BARANDAS ARRIBA.

Firmado electrónicamente por **OSCAR JAVIER PLAZAS HERNANDEZ** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 1130607078 Identificación CC 1130607078

08 abril 2021 11:25 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Paciente con Acompañante: : No
Fecha y Hora: : 08/04/2021 11:25:48 a. m.
Descripción : SOPORTE DE OXIGENO INICIAL : MASCARA DE NO REINHALACION A 6 LITROS
SOPORTE DE OXIGENO FINAL : CANULA NASAL A 3 LITROS

DIAGNOSTICO MEDICO:
1. NEUMONIA VIRAL POR SARS COV2, PCR + DEL 27.03.21

ANTECEDENTES:
1. HTA
2. DM TIPO II IR

SIGNOS VITALES:
FRECUENCIA CARDIACA: 83LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18 RPM
SATURACION DE O2: 91%
ESCALA DE BORG:0/10
ESCALA DE EVA: 0/10
EVALUACION: ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA, ALERTA CONSCIENTE Y ORIENTADO, SE COMUNICA DE MANERA EFICIENTE, SE OBSERVA COLABORADOR Y CON BUENA ACTITUD ANTE LA INTERVENCION, ACCESOS DE TOS OCASIONALES, FUCIONAL PARA SUS ACTIVIDADES BASICAS COTIDIANAS, DURANTE LA MADRUGADA PRESENTO

DESATURACION LEVE PERO EN EL MOMENTO ESTABLE.
INSPECCIÓN: RESPIRACION DE PREDOMINIO COSTAL SUPERIOR, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
PARAMETROS VENTILATORIOS: NA
POSICION, FIJACION Y PRESION CUFF DEL TOT/TQT: NA
N° TRAQUEOSTOMIA: NA
KIT TRAQUEOSTOMIA: COMPLETO/INCOMPLETO: NA
OCLUSION DE TQT: NA
PALPACIÓN: SIN ALTERACIONES
AUSCULTACIÓN: SIN AUSCULTACION.
GASES ARTERIALES: NO TINEE DE HOY
MEDICAMENTOS TERAPEUTICOS: NA
EXAMENES Y AYUDAS DIAGNOSTICAS: NO TIENE.

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:
MEJORAR VOLUMENES Y CAPACIDADES PULMONARES.
PROMOVER MEJORIA DE CAPACIDAD AEROBICA.
REHABILITAR PATRON RESPIRATORIO.
MEJORAR EXPANSIBILIDAD TORACICA.

EVOLUCIÓN:
SE REALIZA AJUSTES POSTURALES, MOVILIZACIONES COSTALES, INSPIRACIONES PROFUNAS, CICLO ACTIVO DE LA RESPIRACION, FACILITACION DE PATRON DIAFRAGMATICO, ESTIRAMIENTO DE MUSCULOS DE REJA COSTAL CON AYUDA DE MMSS, VENTILACION DIRIGIDA, EDUCACION Y USO DE INCENTIVO RESPIRATORIO MOVILIZANDO 1000CC. TOLERA ADECUADAMENTE, DEJO ACTIVIDAD PARA REALIZAR CON HORARIO. SE DA EDUCACION SOBRE PREVENCION Y RIESGO DE CAIDAS, SE RECOMIENDA CAMA A NIVEL MAS BAJO , BARANDAS ARRIBA.

Firmado electrónicamente por **OSCAR JAVIER PLAZAS HERNANDEZ** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 1130607078 Identificación CC 1130607078

09 abril 2021 11:38 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Paciente con Acompañante: : No
Fecha y Hora: : 09/04/2021 11:30:00 a. m.
Descripción : SOPORTE DE OXIGENO INICIAL Y FINAL : MASCARA DE NO REINHALACION A 8 LITROS

1. NEUMONIA VIRAL POR SARS COV2, PCR + DEL 27.03.21

ANTECEDENTES:
1. HTA
2. DM TIPO II IR

SIGNOS VITALES:
FRECUENCIA CARDIACA: 78 LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 22 R X MIN
SATURACION DE O2: 95 %
ESCALA DE BORG:0/10
ESCALA DE EVA: 0/10
EVALUACION:
ENCUENTRO PACIENTE EN CAMA EN DECUBITO PRONO, CON MNR A 8 LTS,CON ACCESOS DE TOS OCASIONALES, CON DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS.
INSPECCIÓN: RESPIRACION DE PREDOMINIO COSTAL SUPERIOR, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
PARAMETROS VENTILATORIOS: NA
POSICION, FIJACION Y PRESION CUFF DEL TOT/TQT: NA
N° TRAQUEOSTOMIA: NA
KIT TRAQUEOSTOMIA: COMPLETO/INCOMPLETO: NA
OCLUSION DE TQT: NA
PALPACIÓN: SIN ALTERACIONES
AUSCULTACIÓN: SIN AUSCULTACION.
GASES ARTERIALES: PH: 7.47 / PACO2 31 / PAO2 72.4 HCO3 22.1 ALCALOSIS RESPIRATORIA AGUDA, PAFI 181 FIO2 40%.
MEDICAMENTOS TERAPEUTICOS: NA
EXAMENES Y AYUDAS DIAGNOSTICAS: NO TIENE EL DIA DE HOY

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:

MEJORAR VOLUMENES Y CAPACIDADES PULMONARES.
PROMOVER MEJORIA DE CAPACIDAD AEROBICA.
REHABILITAR PATRON RESPIRATORIO.
MEJORAR EXPANSIBILIDAD TORACICA.

EVOLUCIÓN:
PACEINTE EN PRONO SE REALIZA TRASLADO A SEDENTE EN BORDE DE LA CAMA, MOVILIZACIONES COSTALES SUPERIOR E INFERIOR, INSPIRACIONES PROFUNDAS , CICLO ACTIVO DE LA RESPIRACION, FACILITACION DE PATRON DIAFRAGMATICO, ESTIRAMIENTO DE MUSCULOS DE REJA COSTAL CON AYUDA DE MMSS, VENTILACION DIRIGIDA, EDUCACION Y USO DE INCENTIVO RESPIRATORIO MOVILIZANDO 1000CC. TOLERA ADECUADAMENTE, SE DAN RECOMENDACIONES DE REALIZA 2 SERIES CADA 2 HORAS, SE DEJA NUEVAMENTE EN PRONO VIGIL.

. SE DA EDUCACION SOBRE PREVENCION Y RIESGO DE CAIDAS, SE RECOMIENDA CAMA A NIVEL MAS BAJO , BARANDAS ARRIBA.

AYUDAS TERAPEUTICAS; INCENTIVO RESPIRATORIO.

Firmado electrónicamente por **MARIANA DEL PILAR VELEZ BOHORQUEZ** -- FISIOTERAPEUTA
Identificación CC 29361172

09 abril 2021 18:52 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Paciente con Acompañante: : No
Fecha y Hora: : 09/04/2021 06:52:07 p. m.
Descripción : SOPORTE DE OXIGENO INICIAL: MASCARA DE NO REINHALACION A 10LPM
SOPORTE DE OXIGENO FINAL: MASCARA DE NO REINHALACION A 8LPM

DIAGNOSTICO MEDICO: NEUMONIA VIRAL POR SARS COV2, PCR + DEL 27.03.21
ANTECEDENTES: HTA - DM TIPO II IR

SIGNOS VITALES:
FRECUENCIA CARDIACA: 91LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 22RPM
SATURACION DE O2: 91%
ESCALA DE BORG: 0/10
ESCALA DE EVA: 0/10

EVALUACION: ENCUENTRO PACIENTE POSICIONADO EN CAMA, ALERTA, ORIENTADO, COLABORADOR.
INSPECCIÓN: SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, PATRON RESPIRATORIO DE PREDOMINIO ABDOMINAL, SIN TOS NI SECRECIONES, NIEGA DISNEA, EXCURSION TORACICA SIMETRICA, RITMO REGULAR, AMPLITUD NORMAL.
PARAMETROS VENTILATORIOS: NA
POSICION, FIJACION Y PRESION CUFF DEL TOT/TQT: NA
N° TRAQUEOSTOMIA: NA
KIT TRAQUEOSTOMIA: COMPLETO/INCOMPLETO: NA
OCLUSION DE TQT: NA
PALPACIÓN: SIN ALTERACIONES.
AUSCULTACIÓN: RUIDOS BRONQUIALES CONSERVADOS, SIN RUIDOS ADVENTICIOS.
GASES ARTERIALES: PH:7.45 PCO2:34.5 PaO2:141.1 HCO3:23.4 EB:0.1 FIO2:70% PAFI:201
INTERPRETACION GASES: HIPOXEMIA MODERADA - ALCALOSIS RESPIRATORIA AGUDA
MEDICAMENTOS TERAPEUTICOS: NA
EXAMENES Y AYUDAS DIAGNOSTICAS: NA

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:
PREVENIR DETERIORO DE LA FUNCION RESPIRATORIA
MEJORAR VOLUMENES Y CAPACIDADES PULMONARES
MANTENER VIA AEREA LIMPIA Y PERMEABLE
PROVEER ADECUADA OXIGENACION

EVOLUCIÓN:
SE REALIZA POSICIONAMIENTO EN SEDENTE AL BORDE DE LA CAMA, REALIZA EJERCICIOS DE REEXPANSION TORACICA, INSPIRACIONES PROFUNDAS ESTIRAMIENTO DE REJA COSTAL, REEDUCACION DE PATRON DIAFRAGMATICO, CICLO ACTIVO DE LA RESPIRACION, INCENTIVO POR 1.000CC/SEG Y FINALIZA CON EJERCICIOS ASOCIADOS A MIEMBROS SUPERIORES, NO MOVILIZA SECRECIONES, SE DEJA VIA AEREA PERMEABLE. QUEDA EN CAMA, NIVEL BAJO, BARANDAS ARRIBA, SIN ACOMPAÑANTE, ESTABLE, TOLERA LA TERAPIA.

SE REFUERZA FOLLETO EDUCATIVO SOBRE EJERCICIOS RESPIRATORIOS E INCENTIVO, SE ENSEÑA A REALIZARLOS, INTENSIDAD Y FRECUENCIA CON EL FIN DE MANTENER EN ESTADO OPTIMO EL SISTEMA RESPIRATORIO.

SE DAN INDICACIONES RIESGO DE CAIDA, CAMA NIVEL BAJO, BARANDAS ARRIBA Y MOVILIZACIONES O TRASLADOS CON AYUDA DE PERSONAL DE SALUD.

INSUMOS: NO
AYUDAS TERAPEUTICAS: INCENTIVO RESPIRATORIO

Firmado electrónicamente por **VANESSA GOMEZ QUESADA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 765268 Identificación CC 29177536

10 abril 2021 12:11 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Paciente con Acompañante: : No
Fecha y Hora: : 10/04/2021 12:09:21 p. m.
Descripción : SOPORTE DE OXIGENO INICIAL: MASCARA DE NO REINHALACION A 6LPM
SOPORTE DE OXIGENO FINAL: MASCARA DE NO REINHALACION A 5LPM

DIAGNOSTICO MEDICO: NEUMONIA VIRAL POR SARS COV2, PCR + DEL 27.03.21
ANTECEDENTES: HTA - DM TIPO II IR

SIGNOS VITALES:
FRECUENCIA CARDIACA: 72LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20RPM
SATURACION DE O2: 98%
ESCALA DE BORG: 0/10
ESCALA DE EVA: 0/10

EVALUACION: ENCUENTRO PACIENTE POSICIONADO EN CAMA, ALERTA, ORIENTADO, COLABORADOR.
INSPECCIÓN: SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, PATRON RESPIRATORIO DE PREDOMINIO ABDOMINAL, EN OCASIONES ACCESOS DE TOS, NIEGA DISNEA, EXCURSION TORACICA SIMETRICA, RITMO REGULAR, AMPLITUD SUPERFICIAL.
PARAMETROS VENTILATORIOS: NA
POSICION, FIJACION Y PRESION CUFF DEL TOT/TQT: NA
N° TRAQUEOSTOMIA: NA
KIT TRAQUEOSTOMIA: COMPLETO/INCOMPLETO: NA
OCLUSION DE TQT: NA
PALPACIÓN: SIN ALTERACIONES.
AUSCULTACIÓN: RUIDOS BRONQUIALES CONSERVADOS, SIN RUIDOS ADVENTICIOS.
GASES ARTERIALES: NO TIENE
INTERPRETACION GASES: NA
MEDICAMENTOS TERAPEUTICOS: NA
EXAMENES Y AYUDAS DIAGNOSTICAS: DIMERO 559.97 PCR 96.10

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:
MEJORAR OXIGENACION
DESTETE DE OXIGENO
MEJORAR VOLUMENES Y CAPACIDADES PULMONARES
MEJORAR EXPANSION PULMONAR
EVITAR COMPLICACIONES EN LA FUNCION PULMONAR ASOCIADAS AL REPOSO PROLONGADO.

EVOLUCIÓN:
REALIZO POSCIONAMIENTO EN SEDENTE BORE DE CAMA, CICLO ACTIVO DE LA RESPIRACION, EJERCICIOS RESPIRATORIOS ACOMPAÑADO DE MOVIMIENTO ACTIVO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES, INSPIRACIONES PROFUNDAS SOSTENIDAS Y FRACCIONADAS, PATRON DIAFRAGMATICO, BLOQUEOS COSTALES, INCENTIVO RESPIRATORIO MOVILIZANDO 1000ML (2 SERIES DE 10 REPETICIONES), POR MOMENTOS EPISODIOS DE ACCESOS DE TOS. BRINDO REEDUCACION DE EJERCICIOS RESPIRATORIOS E INCENTIVO PARA QUE LO SIGA REALIZANDO DURANTE EL DIA. LE RECUERDO MEDIDAS DE SEGURIDAD CAMA BAJA Y BARANDAS ARRIBA.

INSUMOS: NINGUNO
AYUDAS TERAPEUTICAS: INCENTIVO RESPIRATORIO

Firmado electrónicamente por **VANESSA GOMEZ QUESADA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 765268 Identificación CC 29177536

10 abril 2021 18:28 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Paciente con Acompañante: : No
Fecha y Hora: : 10/04/2021 06:23:15 p. m.
Descripción : SOPORTE DE OXIGENO INICIAL: MASCARA DE NO REINHALACION A 6LPM(EN EL MOMENTO SIN OXIGENO)
SOPORTE DE OXIGENO FINAL: CANULA NASAL 3.5 LIT

DIAGNOSTICO MEDICO: NEUMONIA VIRAL POR SARS COV2, PCR + DEL 27.03.21
ANTECEDENTES: HTA - DM TIPO II IR

SIGNOS VITALES:
FRECUENCIA CARDIACA: 78LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 22RPM
SATURACION DE O2: 86% LO ENCUENTRO SIN OXIGENO CON CN 3.5 LIT, QUEDA SATURANDO 90%
ESCALA DE BORG: 0/10
ESCALA DE EVA: 0/10

EVALUACION: ENCUENTRO PACIENTE POSICIONADO EN SEDENTE BORDE DE CAMA, SE RETIRO EL OXIGENO, SATURANDO EN EL MOMENTO 86%, COLOCO CANULA NASAL A 3.5 LIT, QUEDANDO CON SAT 02 90%. ALERTA, ORIENTADO, COLABORADOR.
INSPECCIÓN: SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, PATRON RESPIRATORIO DE PREDOMINIO ABDOMINAL, EN OCASIONES ACCESOS DE TOS, NIEGA DISNEA, EXCURSION TORACICA SIMETRICA, RITMO REGULAR, AMPLITUD SUPERFICIAL.
PARAMETROS VENTILATORIOS: NA
POSICION, FIJACION Y PRESION CUFF DEL TOT/TQT: NA
N° TRAQUEOSTOMIA: NA
KIT TRAQUEOSTOMIA: COMPLETO/INCOMPLETO: NA
OCLUSION DE TQT: NA
PALPACIÓN: SIN ALTERACIONES.
AUSCULTACIÓN: RUIDOS BRONQUIALES CONSERVADOS, SIN RUIDOS ADVENTICIOS.
GASES ARTERIALES: NO TIENE
INTERPRETACION GASES: NA
MEDICAMENTOS TERAPEUTICOS: NA
EXAMENES Y AYUDAS DIAGNOSTICAS: DIMERO 559.97 PCR 96.10

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:
MEJORAR OXIGENACION
DESTETE DE OXIGENO
MEJORAR VOLUMENES Y CAPACIDADES PULMONARES
MEJORAR EXPANSION PULMONAR
EVITAR COMPLICACIONES EN LA FUNCION PULMONAR ASOCIADAS AL REPOSO PROLONGADO.

EVOLUCIÓN:
SE COLOCA SOPORTE DE OXIGENO CN 3,5 LIT, CICLO ACTIVO DE LA RESPIRACION, EJERCICIOS RESPIRATORIOS ACOMPAÑADO DE MOVIMIENTO ACTIVO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES, INSPIRACIONES PROFUNDAS SOSTENIDAS Y FRACCIONADAS, PATRON DIAFRAGMATICO, BLOQUEOS COSTALES, INCENTIVO RESPIRATORIO MOVILIZANDO 1000ML (2 SERIES DE 10 REPETICIONES), POR MOMENTOS EPISODIOS DE TOS, QUE HAN DISMINUDIO. BRINDO EDUCACION DE EJERCICIOS RESPIRATORIOS E INCENTIVO PARA QUE LO SIGA REALIZANDO DURANTE EL DIA. LE RECUERDO MEDIDAS DE SEGURIDAD CAMA BAJA Y BARANDAS ARRIBA.

INSUMOS: NINGUNO
AYUDAS TERAPEUTICAS: INCENTIVO RESPIRATORIO

Firmado electrónicamente por **VANESSA GOMEZ QUESADA** -- FISIOTERAPIA
Tarjeta Profesional: 765268 Identificación CC 29177536

11 abril 2021 10:46 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Paciente con Acompañante: : No
Fecha y Hora: : 11/04/2021 10:44:06 a. m.
Descripción : SOPORTE DE OXIGENO INICIAL Y FINAL: CANULA NASAL 2 LPM

DIAGNOSTICO MEDICO: NEUMONIA VIRAL POR SARS COV2, PCR + DEL 27.03.21

ANTECEDENTES: HTA - DM TIPO II IR

SIGNOS VITALES:
FRECUENCIA CARDIACA: 82 LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20 RPM
SATURACION DE O2: 91%
ESCALA DE BORG: 0/10
ESCALA DE EVA: 0/10
EVALUACION: PACIETNE EN CAMA, DESPIERTO, ALERTA, SOPORTE DE OXIGENO SUPLEMENTARIO POR CANULA NASAL A 2 LPM, FIO2 28%, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
INSPECCIÓN: TIPO DE RESPIRACION RITMICA, SIMETRICA, REGULAR DE PREDOMINIO COSTAL SUPERIOR, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
PARAMETROS VENTILATORIOS: N.A
POSICION, FIJACION Y PRESION CUFF DEL TOT/TQT: N.A
N° TRAQUEOSTOMIA: N.A
KIT TRAQUEOSTOMIA: N.A
OCLUSION DE TQT: N.A
PALPACIÓN: NO FREMITO BRONQUICO AUMENTADO.
AUSCULTACIÓN: MURMULLO VESICULAR PRESENTE DISMINUIDOS EN BASES.
GASES ARTERIALES: NO
INTERPRETACION GASES: NO
MEDICAMENTOS TERAPEUTICOS: N.A
EXAMENES Y AYUDAS DIAGNOSTICAS:NO

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:
MEJORAR OXIGENACION
MEJORAR CAPACIDADES Y VOLUMENES PULMONARES
MEJORAR EXPANSION PULMONAR
EVITAR COMPLICACIONES POR PATOLOGIA DE BAS ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA.

EVOLUCIÓN:
PACIENTE CON HC DESCRITA, LUEGO DE VALORACION, SE REALIZA TRANSICION A SEDENTE BORDE DE CAMA, EJERCICIOS DE EXPANSION PULMONAR CON AYUDA DE MIEMBRO SUPERIORES, RESPIRACIOENS COSTODIAFRAGMATICAS PROFUNDAS Y DIRIGIDAS E INCENTIVO RESPIRATORIO MOVILIZANDO 1000ML. SE REALIZA TERAPIA SIN COMPLICACION, DEJO EN CAMA A MININMO NIVEL, CON BARANDAS ELEVADAS, EDUCACION EN RIESGO DE CAIDA Y RECOMENDACION DE REALIZAR EJERCICIOS DE EXPANSION PULMONAR CADA HORA.
INSUMOS: N.A
AYUDAS TERAPEUTICAS: INCENTIVO RESPIRATORIO

Firmado electrónicamente por **JONATHAN BARROS GARCES** -- FISIOTERAPEUTA
Identificación CC 1130681522

11 abril 2021 15:30 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Paciente con Acompañante: : No
Fecha y Hora: : 11/04/2021 03:27:53 p. m.
Descripción : SOPORTE DE OXIGENO INICIAL Y FINAL: CANULA NASAL 2 LPM

DIAGNOSTICO MEDICO: NEUMONIA VIRAL POR SARS COV2, PCR + DEL 27.03.21
ANTECEDENTES: HTA - DM TIPO II IR

SIGNOS VITALES:
FRECUENCIA CARDIACA: 77 LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20 RPM
SATURACION DE O2: 93%
ESCALA DE BORG: 0/10
ESCALA DE EVA: 0/10
EVALUACION: PACIENTE EN SILLA, TRANQUIOLO, REFIRIENDO SENTIRSE MUCHO MEJOR. CONITNUA CON OXIGENO SUPLEMENTARIO POR CANULA NASAL A 2 LPM, FIO2 28%, SIN SIGNOS NI SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
INSPECCIÓN: TIPO DE RESPIRACION RITMICA, SIMETRICA, REGULAR DE PREDOMINIO COSTAL SUPERIOR, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
PARAMETROS VENTILATORIOS: N.A
POSICION, FIJACION Y PRESION CUFF DEL TOT/TQT: N.A
N° TRAQUEOSTOMIA: N.A

KIT TRAQUEOSTOMIA: N.A
OCLUSION DE TQT: N.A
PALPACIÓN: NO FREMITO BRONQUICO AUMENTADO.
AUSCULTACIÓN: MURMULLO VESICULAR PRESENTE DISMINUIDOS EN BASES.
GASES ARTERIALES: NO
INTERPRETACION GASES: NO
MEDICAMENTOS TERAPEUTICOS: N.A
EXAMENES Y AYUDAS DIAGNOSTICAS:NO

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:
MEJORAR OXIGENACION
MEJORAR CAPACIDADES Y VOLUMENES PULMONARES
MEJORAR EXPANSION PULMONAR
EVITAR COMPLICACIONES POR PATOLOGIA DE BAS ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA.

EVOLUCIÓN:
PACIENTE CONOCIDO POR EL SERVICIO, POST RE-VALORACION, SE REALIZAN EJERCICIOS DE EXPANSION PULMONAR CON DIAGONALES DE MIEMBROS SUPEIROERS, RESPIRACIONES CON INSPIRACION EN DOS TIEMPOS E INCENTIVO RESPIRATORIO MOVILIZANDO 1250ML. SE REALIZA TERAPIA SIN COMPLICACION, DEJO EN SILLA CON RE-EDUCACION EN RIESGO DE CAIDA Y RECOMENDACION DE REALIZAR EJERCICIOS DE EXPANSION PULMONAR E INCENTIVO RESPIRATORIO CADA HORA.
INSUMOS: N.A
AYUDAS TERAPEUTICAS: INCENTIVO RESPIRATORIO

Firmado electrónicamente por **JONATHAN BARROS GARCES** -- FISIOTERAPEUTA
Identificación CC 1130681522

12 abril 2021 13:20 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Paciente con Acompañante: : No
Fecha y Hora: : 12/04/2021 12:00:00 p. m.
Descripción : SOPORTE DE OXIGENO INICIAL: CANULA NASAL 1 LPM
SOPORTE DE OXIGENO FINAL: AIRE AMBIENTE

DIAGNOSTICO MEDICO: NEUMONIA VIRAL POR SARS COV2, PCR + DEL 27.03.21
ANTECEDENTES: HTA - DM TIPO II IR

SIGNOS VITALES:
FRECUENCIA CARDIACA: 72 LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18 RPM
SATURACION DE O2: 93%
ESCALA DE BORG: 0/10
ESCALA DE EVA: 0/10
EVALUACION: ENCUENTRO EL PACIENTE EN CAMA, TRANQUILO, REFIRIENDO SENTIRSE MUCHO MEJOR. SIN ACOMPAÑANTE.
INSPECCIÓN: TIPO DE RESPIRACION RITMICA, SIMETRICA, REGULAR DE PREDOMINIO COSTAL SUPERIOR, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
PARAMETROS VENTILATORIOS: N.A
POSICION, FIJACION Y PRESION CUFF DEL TOT/TQT: N.A
N° TRAQUEOSTOMIA: N.A
KIT TRAQUEOSTOMIA: N.A
OCLUSION DE TQT: N.A
PALPACIÓN: NO FREMITO BRONQUICO AUMENTADO.
AUSCULTACIÓN: MURMULLO VESICULAR PRESENTE DISMINUIDOS EN BASES, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS
GASES ARTERIALES: NO
INTERPRETACION GASES: NO
MEDICAMENTOS TERAPEUTICOS: N.A
EXAMENES Y AYUDAS DIAGNOSTICAS:NO

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:
MEJORAR OXIGENACION
MEJORAR CAPACIDADES Y VOLUMENES PULMONARES
MEJORAR EXPANSION PULMONAR
EVITAR COMPLICACIONES POR PATOLOGIA DE BAS ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA.

EVOLUCIÓN:
INGRESO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL.
EN SEDENTE BORDE DE CAMA, SE TRABAJA PATRON DIAFRAGMATICO, ESPIRACION LENTA, INSPIRACION MAS DIAGONALES DE MIEMBROS SUPERIORES EN FLEXION ABDUCCION, INSPIRACION FRACCIONADA EN DOS TIEMPOS, VENTILACION LATERAL CON ESTIRAMIENTO DE REJA COSTAL, LOS REALIZA DE A 10 REPETICIONES, LUEGO INCENTIVO RESPIRATORIO REALIZA 2 SERIES DE 10 REPETICIONES MOVILIZANDO 1000ML.
SE INDICA POSICIONAMIENTO EN PRONO, SE EXPLICA QUE DEBE TOLERAR INICIALMENTE ENTRE 1-2HRS 3 VECES AL DIA, PARA DISMINUIR MOLESTIA LUMBAR Y EN HOMBROS USO DE ALMOHADAS. REFIERE QUE DURMIO TODA LA NOCHE EN PRONO.
EL PACIENTE TOLERA LA INTERVENCIÓN, QUEDA ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION, SIN ACOMPAÑANTE EN EL MOMENTO, SE INDICAN 4 EJERCICIOS DEL FOLLETO DE REALIZARLOS MINIMO 4 VECES AL DIA, EL INCENTIVO RESPIRATORIO REALIZARLO CADA 2HRS. POR RIESGO DE CAIDA SE INDICA TENER CAMA NIVEL BAJO Y BARANDAS ELEVADAS, NO REALIZAR TRASLADOS FUERA DE CAMA SOLO.

INSUMOS: NO
AYUDAS TERAPEUTICAS: INCENTIVO RESPIRATORIO.

Firmado electrónicamente por **JHON ALEXANDER GUIRAL CAMPO** -- FISIOTERAPEUTA
Identificación CC 1143968281

12 abril 2021 18:41 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Paciente con Acompañante: : No
Fecha y Hora: : 12/04/2021 05:00:00 p. m.
Descripción : SOPORTE DE OXIGENO INICIAL: AIRE AMBIENTE
SOPORTE DE OXIGENO FINAL: AIRE AMBIENTE

DIAGNOSTICO MEDICO: NEUMONIA VIRAL POR SARS COV2, PCR + DEL 27.03.21
ANTECEDENTES: HTA - DM TIPO II IR

SIGNOS VITALES:
FRECUENCIA CARDIACA: 83 LPM
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18 RPM
SATURACION DE O2: 92%
ESCALA DE BORG: 0/10
ESCALA DE EVA: 0/10
EVALUACION: ENCUENTRO EL PACIENTE EN CAMA, TRANQUILO, REFIRIENDO SENTIRSE MUCHO MEJOR. SIN ACOMPAÑANTE. HA TOLERADO DESTETE DE OXIGENO, NO REFIERE HABER PRESENTADO DISNEA.
INSPECCIÓN: TIPO DE RESPIRACION RITMICA, SIMETRICA, REGULAR DE PREDOMINIO COSTAL SUPERIOR, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
PARAMETROS VENTILATORIOS: N.A
POSICION, FIJACION Y PRESION CUFF DEL TOT/TQT: N.A
N° TRAQUEOSTOMIA: N.A
KIT TRAQUEOSTOMIA: N.A
OCLUSION DE TQT: N.A
PALPACIÓN: NO FREMITO BRONQUICO AUMENTADO.
AUSCULTACIÓN: MURMULLO VESICULAR PRESENTE DISMINUIDOS EN BASES, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS
GASES ARTERIALES: NO
INTERPRETACION GASES: NO
MEDICAMENTOS TERAPEUTICOS: N.A
EXAMENES Y AYUDAS DIAGNOSTICAS:NO

OBJETIVOS TERAPEUTICOS:
MEJORAR OXIGENACION
MEJORAR CAPACIDADES Y VOLUMENES PULMONARES
MEJORAR EXPANSION PULMONAR
EVITAR COMPLICACIONES POR PATOLOGIA DE BAS ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA.

EVOLUCIÓN:
INGRESO CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL.
EN SEDENTE BORDE DE CAMA, SE TRABAJA PATRON DIAFRAGMATICO, ESPIRACION LENTA, INSPIRACION MAS DIAGONALES DE MIEMBROS SUPERIORES EN FLEXION ABDUCCION, INSPIRACION FRACCIONADA EN DOS TIEMPOS, INSPIRACION SOSTENIDA AL FINAL 5 SEGUNDOS, VENTILACION LATERAL CON ESTIRAMIENTO DE REJA COSTAL, LOS

REALIZA DE A 10 REPETICIONES, LUEGO INCENTIVO RESPIRATORIO REALIZA 2 SERIES DE 10 REPETICIONES MOVILIZANDO 1250ML.
SE INDICA POSICIONAMIENTO EN PRONO, SE EXPLICA QUE DEBE TOLERAR INICIALMENTE ENTRE 1-2HRS 3 VECES AL DIA, PARA DISMINUIR MOLESTIA LUMBAR Y EN HOMBROS USO DE ALMOHADAS.
EL PACIENTE TOLERA LA INTERVENCIÓN, QUEDA ESTABLE DENTRO DE SU CONDICION, SIN ACOMPAÑANTE EN EL MOMENTO, SE INDICAN 4 EJERCICIOS DEL FOLLETO DE REALIZARLOS MINIMO 4 VECES AL DIA, EL INCENTIVO RESPIRATORIO REALIZARLO CADA 2HRS. POR RIESGO DE CAIDA SE INDICA TENER CAMA NIVEL BAJO Y BARANDAS ELEVADAS, NO REALIZAR TRASLADOS FUERA DE CAMA SOLO.

INSUMOS: NO
AYUDAS TERAPEUTICAS: INCENTIVO RESPIRATORIO.

Firmado electrónicamente por **JHON ALEXANDER GUIRAL CAMPO** -- FISIOTERAPEUTA
Identificación CC 1143968281

Notas de Enfermeria

06 abril 2021 07:03 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

05:00 Am Ingresa paciente adulto mayor en silla de ruedas, procedente del servicio de urgencias, en compañía de camillero y auxiliar de enfermería, se deja en la habitación 725, se moviliza por sus propios medios queda en cama con barandas arriba, se observa consciente orientado en tiempo, lugar y persona, respirando con soporte de oxigeno por cánula nasal a 1 litros por minuto, acceso venoso periférico No 22 en dorso derecho (FI 05/04/2021) + válvula libre de aguja + apósito tegaderm limpio y seco, escala Maddox en 0, pasando lactato de ringer a 80cc hora + para paso de medicamento según orden medica, eliminando espontaneo, moviliza sus extremidades, piel integra, es valorado por la médica hospitalario.
Se pasa ronda y se controlan signos vitales los cuales están dentro de parámetros normales, no refiere dolor en el momento.
Se brinda educación al paciente sobre el riesgo de caídas, riesgo de flebitis y se deja el llamado de enfermería cerca del paciente.
07 Am Queda paciente adulto respirando con soporte de oxigeno por CN a 1 litros por minuto, en cama con barandas arriba, sin compañía de su familiar, con aislamiento de contacto y de gotas.

Firmado electrónicamente por **CINTHYA LIZETH OSORIO BECERRA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144156372

06 abril 2021 08:00 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Recibo paciente en unidad de hospitalizacion, en cama, se observa consciente orientado en tiempo, lugar y persona, respirando con soporte de oxigeno por cánula nasal a 1 litros por minuto, cuello movil torax simetrico, abdomen depresible, acceso venoso periférico No 22 en dorso derecho (FI 05/04/2021) + válvula libre de aguja + apósito tegaderm limpio y seco, escala Maddox en 0, pasando lactato de ringer a 70cc hora + para paso de medicamento según orden medica, eliminando espontaneo, moviliza sus extremidades, piel integra, barandas arriba y cama al nivel mas bajo.

Firmado electrónicamente por **VALERIA HUERTAS FLOREZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144191598

06 abril 2021 12:43 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Entrego paciente en cama, paciente que durante la mañana se le realizan medidas de bienestar y confort, se moviliza por sus propios medios, recibe y tolera la v.o, se le administran medicamentos según orden medica, se le realiza toma de signos vitales los cuales se encuentran entre parámetros normales y quedan registrados en historia clínica, control de líquidos registrado en sistema, continua con canula nasal a 1 litro, paciente se ducha en baño asistido, continua sin familiar, queda con barandas arriba y cama al nivel mas bajo.
NOTA: se recibe llaves de carro, tarjeta de parqueadero y 50.000 pesos, con autorización de jefe de turno para paso a personal de experiencia del paciente, los cuales se ponen en una bolsa y se marcan con nombre del novio de la sobrina del paciente, nombre del paciente, y se entregan en la mano a personal de experiencia del paciente (estudiante), lo cual queda grabado con cámara de seguridad pues se realiza en la estación de enfermería en la parte de adelante siendo testigo la jefe de turno.

Firmado electrónicamente por **VALERIA HUERTAS FLOREZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144191598

06 abril 2021 14:50 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

13:00PM Recibo paciente en habitación, con las baranda arriba, consiente orientado en tiempo lugar y persona, sin compañía de familiar, respirando con cánula nasal a 1 litro por minuto con tórax con buena expansión sin dificultad, con acceso venoso con catéter periférico corto # 22 en dorso de la mano del miembro superior derecho conectado a válvula bidireccional cubierta con tegaderm fijo permeable con fecha de inserción del 05/04/2021 pasando goteo de ringer a 70cc/h por bomba Braun conectado a set de infusión con cero en la escala de Maddox, abdomen blando a la palpación, elimina espontáneo en pisingo, con extremidades móviles y simétricas sin presencia de edemas, no presenta alteraciones, refiere EVA 0/10, sin cambios, ni complicaciones.
14:00pm se pasa ronda de enfermería en el cual se observa paciente en buena condición, se le toman signos vitales los

cuales están dentro de parámetros, se le brindan medidas de confort, sin cambios ni complicaciones.

Firmado electrónicamente por **ANDREA LARRAHONDO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38554734

06 abril 2021 18:51 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

queda paciente en la unidad en buena condición, estable, tranquilo, recibió y tolero los medicamentos y la vía oral, elimina espontaneo en pisingo con control de líquidos, no deposición, con su venopuncion permeable, durante la tarde se le retira el oxigeno se deja respirando al medio ambiente sin complicaciones saturando 95%, ambulatorio, en buena condición, sin cambios.
control de liquidos para 12 horas del dia:
Líquidos administrados: 2240
Líquidos eliminados: 1500
Balance: 740
gasto urinario: 1.3

Firmado electrónicamente por **ANDREA LARRAHONDO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38554734

06 abril 2021 20:29 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Recibo paciente de sexo masculino de 55 años de edad en la sala de hospitalización en habitación, con las baranda arriba, sin familiar se observa consiente orientado en tiempo lugar y persona, mucosas orales húmedas respirando al medio ambiente ,con tórax con buena expansión sin dificultad, con acceso venoso con catéter periférico corto # 22 en dorso de la mano del miembro superior derecho conectado a válvula bidireccional cubierta con tegaderm fijo permeable con fecha de inserción del 05/04/2021 pasando goteo de ringer a 70cc/h por bomba Braun conectado a set de infusión con cero en la escala de Maddox, abdomen blando a la palpación, elimina espontáneo en pisingo, con extremidades móviles y simétricas sin presencia de edemas, no presenta alteraciones, refiere EVA 0/10, sin cambios, ni complicaciones.

se le toman signos vitales . se deja registrados en siam , se le brinda confort , recibe y tolera su via oral , no refiere dolor .no deposición

Firmado electrónicamente por **LORENA LUGO HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66660227

06 abril 2021 23:57 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

durante el transcurso de la noche , recibe y tolera tratamiento farmacologico , se le realiza toma de signos vitales paciente hemodinamicamente estable , recibe y tolera la via oral , elimina en buenas cantidades ,se torna ansioso durante algunos periodos , presenta periodo de desaturacion, se soporta con oxigeno por canula a 1 lts queda saturando 91% , no presenta cambios .

Firmado electrónicamente por **LORENA LUGO HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66660227

07 abril 2021 05:11 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

paciente que durante la madrugada duerme intervalos largos , continua con oxigeno canula a 1 litro , paciente que en la noche se torna ancioso y refiere que toma mtos para dormir de conciliación la cual el paciente se los toma por sus propios medios y se le informa a medico de turno para que sean ordenados por aca

Firmado electrónicamente por **LORENA LUGO HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66660227

07 abril 2021 06:24 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

queda paciente en cama acostado con tembre del llamado a la mano , esta aferbril , con canula a 1 litro saturando parámetros , no refiere dolor , acceso venoso permeable

Firmado electrónicamente por **LORENA LUGO HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66660227

07 abril 2021 14:58 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

7 am a las 13horas
Recibo paciente en habitación ubicado en cama que cumple criterios de seguridad sin acompañante , paciente escala de Glasgow 15/15, oxígeno por cánula nasal a 2 litros saturando sobre 93% mucosas húmedas recibido y tolerando la via oral tórax simétrico cuello movil, acceso venoso periférico miembro superior derecho en dorso de del dia 06/04/2021 cubierto con apósito transparente limpio y seco, escala de Maddox cero con plan de liquidos endovenosos en solución Hartman 70cchr mas medicamentos ev ordenados, que ha tolerado, Abdomen blando no doloroso a la palpación, genitales externos integros, eliminando espontaneo en pisingo , orina clara en moderada cantidad, piel integra, región trocantérica e interglutea sin lesión, extremidades simétricas pulsos presentes, adecuada perfusión distal.
paciente recibe información sobre uso del timbre de llamado, precauciones para minimizar riesgo de caida, rutas evacuación, horarios y condiciones de visitas, higiene de manos con alcohol con clorhexidina minimizando el riesgo de infección , clasificación de residuos. Derechos y deberes

ANILLA DE IDENTIFICACIÓN Y RIESGO DE CAÍDA

ALERGIAS NO
HIGIENE BUCAL: SI CON CEPILLO CREMA DENTAL Y ENJUAGUE BUCAL .
AISLAMIENTO SI CONTACTO, GOTA
RIESGO UPP :HUMEDAD X ADHESIVOS X FRICCIÓN
Se le realiza higiene en ducha asistido, confort cambio de ropa de cama.

Paciente que al control de signos vitales :
Glasgow 15/15, saturando con oxígeno por canula nasal a 2 litros sobre 93%, normotenso por orden de enfermero jefe no enalapril de las 8am , nomocardico, afebril . recibiendo y tolerando la vía oral.

Firmado electrónicamente por **NASLI YOHANA GUERRERO BARBOSA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1022337137

07 abril 2021 15:51 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

14+00 se realiza toma y registro de signos vitales, paciente dentro de parámetros, se administran medicamentos según orden medica, paciente se observa estable en unidad con previas medidas de seguridad

Firmado electrónicamente por **YIMARA ANDREA CORTES IBATA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1018484653

07 abril 2021 18:42 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Continua paciente consciente alerta y orientado en sus tres esferas con manilla de identificación completa barandas arriba y timbre cerca, paciente continua con soporte d e oxigeno por canula a 2 litros por minuto, paciente continua con igual acceso venoso escala maddox 0, elimina espontaneo, continua en igual manejo sin acompañante familiar

Firmado electrónicamente por **NASLI YOHANA GUERRERO BARBOSA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1022337137

07 abril 2021 19:00 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Recibo paciente en habitación ubicado en cama que cumple criterios de seguridad sin acompañante , paciente escala de Glasgow 15/15, oxígeno por cánula nasal a 3 litros mucosas húmedas recibido y tolerando la via oral tórax simétrico cuello movil, acceso venoso periférico miembro superior derecho en dorso de del dia 06/04/2021 cubierto con apósito transparente limpio y seco, escala de Maddox cero con plan de liquidos endovenosos en solución Hartman 70cchr mas medicamentos ev ordenados, que ha tolerado, Abdomen blando no doloroso a la palpación, genitales externos integros, eliminando espontaneo en pisingo , orina clara en moderada cantidad, piel integra, , extremidades simétricas pulsos presentes, adecuada perfusión distal. se le brinda educación sobre el llamado en enfermería ,sobre el riego de caídas el cual refiere entender

se asiste en el llamado en enfermería se asiste con todas las medidas y elementos de epp refiere ahogamiento , se toman signos vitales los cuales se encuentra con signos vitales alterados tensión arterial de 180-100 mm hg con saturación de 85% el cual se observa con soporte de oxigeno por cánula a 3 litros por minuto , se llama a jefe de turno y medico de turno el cual se cambia la administración de oxigeno de cánula a mascara de NO REHINALACION 8 litros se administra tto farmacológico analgésico y antipertensivo ., se toman nueva mente signos vitales los cuales mejorras y refiere el paciente ,mejoría , se le brinda educación sobre la posición de PRONACION y refiere mejoría se valorado por medico y refiere mejoría duerme por intervalos largos

Firmado electrónicamente por **ANDRES FERNANDO ARANGO SERRANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1113635233

08 abril 2021 06:46 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Queda paciente adulto mayor respirando con soporte de oxigeno con mascara a 8 litros por minuto, en posición porno en cama con barandas arriba, sin familiar, con aislamiento de contacto y de gotas.

Firmado electrónicamente por **ANDRES FERNANDO ARANGO SERRANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1113635233

08 abril 2021 10:50 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

07+00 recibo paciente consciente alerta y orientado en sus tres esferas con manilla de identificación completa barandas arriba y timbre cerca, paciente se observa con soporte de oxigeno por mascara de no reinhalación a 9 litros, con acceso venoso en miembro superior derecho 06/04 permeable sin signos de flebitis ni infiltración, con eliminación espontanea, paciente sin compañia de familiar, se moviliza por sus propios medios
se realiza toma y registro de signos vitrales, paciente dentro de parámetros, se brinda educación sobre riesgo de caídas signos y síntomas de flebitis, se administra medicamentos según orden medica, paciente tolera se realiza aseo general, cambio de tendidos y arreglo de la unidad
se realiza nueva canalización en miembro superior derecho dorso, única punción por infiltración, piel integra

Firmado electrónicamente por **YIMARA ANDREA CORTES IBATA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1018484653

08 abril 2021 16:38 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

14+00 se realiza toma y registro de signos vitales, paciente dentro de parámetros, se observa saturación de 85%, se inicia de nuevo mascara de no reinhgalacion a 8 litros por minuto, paciente continua saturando 92%, se informa a jefe inmediato

se educa a paciente la necesidad de ubicarse decúbito prono
16+00 se relaza ronda de enfermería, se administran medicamentos según orden medica. continua paciente estable en unidad

Firmado electrónicamente por **YIMARA ANDREA CORTES IBATA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1018484653

08 abril 2021 18:23 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

continua paciente consciente alerta y orientado en sus tres esferas con manilla d e identificación completa barandas arriba y timbre cerca, paciente con soporte d e oxigeno por mascara de no reinhalación a 5 litros por minuto, pasa la tarde estable con acceso venoso permeable escala maddox 0, elimina espontaneo, continua sin acompañante familiar

Firmado electrónicamente por **YIMARA ANDREA CORTES IBATA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1018484653

08 abril 2021 21:44 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

19:00hras recibo paciente adulto de 55 años de edad en cama con barandas de seguridad elevadas sin acompañante, paciente con respuesta verbal y motora, se observa despierto, consciente, orientado en tiempo lugar y persona, con soporte de oxígeno por mascara de no reinhalacion a 9 litros por minuto, sin signos de dificultad respiratoria, se observa tranquilo, patrón respiratorio normal, con acceso venoso periférico corto en dorso de mano derecha con fecha del 08/4/21, permeable, cubierto con apósito tegaderm limpio y seco sin signos de flebitis, pasando lactato de ringer a 70cc/hra mas paso de medicamentos con horario, se brinda educación a paciente que en caso de sentir dolor, ardor, presentar edema o enrojecimiento en acceso venoso informar al personal de enfermería, refiere entender, abdomen blando no doloroso a la palpación, 4 extremidades presentes, piel integra, paciente que se moviliza por sus propios medios.

se realiza toma y registro de signos vitales dentro de los parámetros normales, afebril, no refiere dolor en el momento, saturando 92% con soporte de oxígeno por mascara de no reinhalacion a 9 litros por minuto sin signos de dificultad respiratoria, se verifica que paciente se movilice en cama para prevenir lesiones de piel, se brindan medidas de bienestar y confort, recibe y tolera su vía oral en buena cantidad, se brinda educación sobre llamado oportuno del timbre de enfermería y medidas preventivas de riesgo de caída, se observa tranquilo, no presenta cambios desfavorables, elimina de manera espontánea 1000, no realiza deposición.

Firmado electrónicamente por **CINTHYA LIZETH OSORIO BECERRA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144156372

09 abril 2021 05:01 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

5:00hras Durante las rondas de la noche paciente duerme intervalos largos, no presenta cambios desfavorables, con su acceso venoso permeable sin signos de flebitis, recibiendo su tratamiento farmacológico sin dificultad, paciente se observa tranquilo, no presenta cambios desfavorables, se realiza toma y registro de signos vitales dentro de los parámetros normales, afebril, no refiere dolor en el momento, saturando 96% con su mascara de no reinhalacion a 9 litros por minuto, no signos de dificultad respiratoria, paciente que permanece pronado por intervalos, elimina de manera espontánea 1000, no realiza deposición.

Firmado electrónicamente por **CINTHYA LIZETH OSORIO BECERRA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144156372

09 abril 2021 06:45 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

7:00hras Queda en cama con barandas de seguridad elevadas en compañia de familiar, con llamado de enfermeria cerca, en iguales condiciones, se observa tranquilo, no cambios desfavorables.

Firmado electrónicamente por **CINTHYA LIZETH OSORIO BECERRA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144156372

09 abril 2021 08:09 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

recibo paciente de sexo masculino de 55 años de edad en la sala de hospitalizacion en habitacion con aislamiento de contacto y gotas acostado en cama con barandas de seguridad elevadas sin acompañante, paciente con respuesta verbal y motora, se observa despierto, consciente, orientado en tiempo lugar y persona, mucosas orales humedas con soporte de oxígeno por mascara de no reinhalacion a 9 litros por minuto, saturaciones limítrofes sin signos de dificultad respiratoria, se observa tranquilo, con acceso venoso periférico corto en dorso de mano derecha con fecha del 08/4/21, permeable, cubierto con apósito tegaderm limpio y seco sin signos de flebitis, pasando lactato de ringer a 70cc/hra mas paso de medicamentos con horario, se brinda educación a paciente que en caso de sentir dolor, ardor, presentar edema o enrojecimiento en acceso venoso informar al personal de enfermería, refiere entender, abdomen blando no doloroso a la palpación, 4 extremidades presentes, piel integra, paciente que se moviliza por sus propios medios.

se realiza toma y registro de signos vitales dentro de los parámetros normales, afebril, no refiere dolor en el momento, saturando 90% con soporte de oxígeno por mascara de no reinhalacion a 9 litros por minuto sin signos de dificultad respiratoria, se brindan medidas de bienestar y confort, recibe y tolera su vía oral en buena cantidad, se brinda educación sobre llamado oportuno del timbre de enfermería y medidas preventivas de riesgo de caída, se observa tranquilo,

Firmado electrónicamente por **DORA FERNANDA LOAIZA LOPEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38557042

09 abril 2021 12:37 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

paciente que durante la mañana se realiza pronaciones , recibe y tolera su via oral , continua con soporte de oxigeno de mascara 9 litros , saturando 91%, elimina de manera espontaneo

Firmado electrónicamente por **DORA FERNANDA LOAIZA LOPEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38557042

09 abril 2021 15:54 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

paciente que durante el dia se le aumenta mascara a 10n litros , se observa despierto se le administran sus mtos ordenados sin reacción adversa , paciente que se le brinda educación sobre recoger orina para realiza controle de liquido ordenados , pero paciente no esta recogiendo esta haciendo el el baño

Firmado electrónicamente por **DORA FERNANDA LOAIZA LOPEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38557042

09 abril 2021 18:21 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

queda paciente en habitación , despierto , sentado en cama , afebril , con soporte de mascara no rehinalacion saturando 93% , no dolor , acceso venoso permeables con escala visual de maddox en cero

Firmado electrónicamente por **DORA FERNANDA LOAIZA LOPEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38557042

09 abril 2021 18:24 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

nota adicional
se baja soporte de oxigeno mascara a 6 litros saturando 94%

Firmado electrónicamente por **DORA FERNANDA LOAIZA LOPEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38557042

09 abril 2021 19:00 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

19:00HRS: Recibo paciente en cama, con aislamiento de contacto y gotas sin acompañante, consciente, orientado en tiempo lugar y persona, con soporte de oxígeno por mascara de no reinhalacion a 6 litros por minuto, con acceso venoso en dorso de mano derecho del 08/4/21, pasando lactato de ringer a 70cc/hra en la escala de madox 0, piel integra, elimina esponateno en pisingo.

Firmado electrónicamente por **YULY JENIFER MOLINA SANCHEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1113512692

10 abril 2021 05:14 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

SE ADMINITRA 5 UNIDADES DE INSULINA APIDRA POR RESULTADO DE 226/MGDL SE INFORMA A LA JEFE DE TURNO

Firmado electrónicamente por **LUZ DARY JIMENEZ JUSPIAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31582540

10 abril 2021 06:31 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Durante la noche se toman signos vitales ,6am se baja flujo a 5 litros y queda saturando 98%, se toman muestras de laboratorio , paciente que recibe y tolera sus medicamentos sin presentar reacion adversa, recibe y tolera su via oral sin complicaciones paciente que elimina espontaneo en pisingo,no realiza deposicion , queda con un balance + 1795cc y un gasto urinario 0.8cckghrs continua sin familiar
06:30 hrs: Queda paciente en igual condiciones de salud quien pasa buen dia se deja en cama tranquila estable con familiar.

Firmado electrónicamente por **YULY JENIFER MOLINA SANCHEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1113512692

10 abril 2021 11:40 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

7:00hras recibo paciente adulto de 55 años de edad en cama con barandas de seguridad elevadas sin acompañante, paciente con respuesta verbal y motora, se observa despierto, consciente, orientado en tiempo lugar y persona, con soporte de oxígeno por mascara de no reinhalacion a 5 litros por minuto, sin signos de dificultad respiratoria, se observa tranquilo, patrón respiratorio normal, con acceso venoso periférico corto en dorso de mano derecha con fecha del 08/4/21, permeable, cubierto con apósito tegaderm reforzado con transpore, limpio y seco sin signos de flebitis, pasando lactato de ringer a 70cc/hra mas paso de medicamentos con horario, se brinda educación a paciente que en caso de sentir dolor, ardor, presentar edema o enrojecimiento en acceso venoso informar al personal de enfermería, refiere entender, abdomen blando no doloroso a la palpación, 4 extremidades presentes, piel integra, paciente que se moviliza por sus propios medios.

11:00hras Durante la mañana se realiza toma y registro de signos vitales dentro de los parámetros normales, afebril, no refiere dolor en el momento, se brindan medidas de bienestar y confort, se realiza tendido de cama y arreglo de la unidad, se realizan cuidados de piel, saturando 95%, con soporte de oxigeno por mascara de no reinhalacion a 5 litros, no dificultad respiratoria, recibe y tolera via oral en buena cantidad, se traslada conectado a bala de oxigeno, se realiza baño en ducha de manera asistida, se brinda educacion sobre el llamado oportuno del timbre de enfermería, y medidas

preventivas de riesgo de caida, se verifica que paciente se movilice en cama para prevenir lesiones de piel, se realiza curación de acceso venoso, queda cubierto con tegaderm limpio y seco, elimina de manera espontanea 300, no realiza deposición.

Firmado electrónicamente por **NATALIA BOLAÑOS GARZON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144199905

10 abril 2021 18:34 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

18:00 Durante la tarde paciente permanece en habitacion, se realizan cuidados de piel, se verifica que paciente se movilice en cama para prevenir lesiones de piel, se observa acceso venoso con catéter doblado, no signos de flebitis, se canaliza nuevo acceso venoso en antebrazo derecho con catéter numero 22 después de una sola punción, queda cubierto con tegaderm limpio y seco, con su acceso venoso recibiendo su tratamiento farmacológico ordenado, se realiza toma y registro de signos vitales dentro de los parámetros normales, afebril, no refiere dolor en el momento, saturando 95% con soporte de oxigeno por mascara de no reinhalacion a 5 litros, recibe terapia respiratoria, fisio baja soporte de oxigeno a canula nasal a 3 litro por minuto, saturando 92%, no signos de dificultad respiratoria, recibe y tolera via oral en buena cantidad,eliminia de manera espontanea 400, no realiza deposicion.
19:00hras Queda en cama con barandas de seguridad elevadas , con llamado de enfermería cerca, en iguales condiciones.

Firmado electrónicamente por **NATALIA BOLAÑOS GARZON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144199905

10 abril 2021 19:16 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Recibo paciente en habitación, con las baranda arriba, consiente orientado en tiempo lugar y persona, sin compañía de su familiar, respirando con oxigeno por canula nasal a 3 litros con humidificador con tórax con buena expansión sin dificultad, con acceso venoso con catéter periférico corto # 22 en antebrazo cara interna del miembro superior derecho conectado a válvula bidireccional cubierta con tegaderm fijo permeable con fecha de inserción del 10/04/2021 pasando goteo de ringer a 70cc/h por bomba Braun conectado a set de infusión con cero en la escala de Maddox, abdomen blando a la palpación, elimina espontáneo en pisingo, con extremidades móviles y simétricas sin presencia de edemas, no presenta alteraciones, refiere EVA /10, sin cambios, ni complicaciones.

Firmado electrónicamente por **ANDREA LARRAHONDO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38554734

10 abril 2021 21:19 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Se realiza ronda de enfermería se controlan signos vitales los cuales están en parámetros normales, se realizan medidas de bienestar y confort, se organiza habitación para la noche, tranquilo y estable, se brindaron recomendación de medidas preventivas de riesgos de caídas, uso correcto del timbre de enfermería y de los demás protocolos de seguridad del paciente, se observa buena aceptación para cumplimiento.

Firmado electrónicamente por **ANDREA LARRAHONDO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38554734

11 abril 2021 06:31 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

queda paciente en su unidad en buena condición, estable, tranquilo, durmio intervalos largos, elimina en pisingo con control de líquidos, no deposición, paciente con oxigeno por cánula nasal a 3 litros queda a 2 litros saturando 95%, sin cambios en su condición.

Firmado electrónicamente por **ANDREA LARRAHONDO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38554734

11 abril 2021 07:00 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

- 07:00AM recibo paciente adulto en habitación con aislamiento por contacto y gota , en cama con las cuatro barandas arriba, sin acompañante, paciente consciente, orientado en sus tres esferas mentales, apertura ocular espontaneo, soporte de oxígeno por cánula nasal a 2 litros por min , respuesta verbal y motora, tórax simétrico, sin esfuerzos respiratoria , acceso venoso en MSD, antebrazo , asegurado con apósito Tegaderm con FI 10/04/21, sin signos de flebitis, pasando SSN 0.9% a 70cc/h y para paso de medicamentos ordenados por bomba de infusión , abdomen blando , elimina espontaneo, moviliza sus cuatro extremidades
Durante la mañana, se toman signos vitales, el cual quedan registrado en la historia clínica en el sistema Siam, Eva 0/10
Se brinda medidas de bienestar y confort, paciente que se moviliza al baño por sus propios medios en asistencia de enfermería, se realiza baño en ducha, sin presentar ninguna complicación, paciente que guarda reposo en cama, realiza periodos cortos de pronación, le realizan terapia respiratoria, permanece sin familiar, no refiere dolor, afebril, recibe y tolera vía oral, se administra tratamiento médico ordenado, elimina espontaneo, no hace deposición

Firmado electrónicamente por **ANDRES FERNANDO ARANGO SERRANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1113635233

11 abril 2021 07:02 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

control de líquidos para 24 horas:
Total suministrado 3,365
Total Eliminado 2,200
Balance 1,165
Gasto Urinario 0.6

Firmado electrónicamente por **ANDREA LARRAHONDO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38554734

11 abril 2021 16:04 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

se pasa ronda de enfermería, paciente se encuentra sin acompañante, en estables condiciones, no refiere dolor, no presenta dificultad respiratoria, se realiza control de signos vitales encontrándose dentro de parámetros normales con soporte de oxigeno por canula a 2 lt realiza terapia respiratoria.

Firmado electrónicamente por **ANDRES FERNANDO ARANGO SERRANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1113635233

11 abril 2021 18:56 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

paciente pasa la tarde en estables condiciones, no refiere dolor, se moviliza por sus propios medios, recibe y tolera via oral, en poca cantidad, elimina espontaneo, se administra tto ordenado, queda paciente en el servicio en cama con barandas arriba con timbre de llamado cerca, acceso venoso permeable sin signos de flebitis pasando tto, eliminación espontanea, piel integra, paciente se moviliza.

Firmado electrónicamente por **ANDRES FERNANDO ARANGO SERRANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1113635233

11 abril 2021 19:30 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

recibo paciente adulto mayor en habitación , sin compañía de familiar , consciente y orientado en sus tres esferas mentales , se realiza examen físico y se observa paciente con apertura ocular espontaneo ,bajo soporte de oxígeno por canula a 2 litros x minuto , tórax simétrico , acceso venoso en MSD a nivel del antebrazo , cubierto con apósito Tegaderm con FI 10/04/21, sin signos de flebitis , pasando LR a 70cc/h y para paso de medicamentos ordenados , abdomen blando a la palpación , piel integra , elimina espontaneo, moviliza sus cuatro extremidades , permanece con barandas arriba por seguridad .

Firmado electrónicamente por **JOSE ARLEY NARVAEZ GUERRERO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143843821

12 abril 2021 01:07 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

durante el transcurso de la noche recibe y tolera tratamiento farmacologico , se le realiza toma de signos vitales , permanece bajo soporte de oxigeno por canula a 3 lts x minuto , elimina en buenas cantidades en pisingo , no presenta mas cambios .

Firmado electrónicamente por **JOSE ARLEY NARVAEZ GUERRERO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143843821

12 abril 2021 05:00 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

durante el transcurso de la noche duermes intervalos largos , recibe y tolera tratamiento farmacologico , se le realiza toma de signos vitales , previo lavado de manos se le realiza toma de exámenes de laboratorio , elimina en buenas cantidades en pisingo , no presenta mas cambios .

Firmado electrónicamente por **JOSE ARLEY NARVAEZ GUERRERO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143843821

12 abril 2021 06:39 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

queda paciente en sala de hospitalización , en cama , bajo soporte de oxigeno por canula a 1 lts x minuto , no presenta cambios .

Firmado electrónicamente por **JOSE ARLEY NARVAEZ GUERRERO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143843821

12 abril 2021 11:16 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

07 Am Recibo paciente adulto, en cama con barandas arriba, sin compañía de su familiar, con aislamiento de contacto y de gotas, se observa consciente orientado en tiempo, lugar y persona, respirando con soporte de oxigeno por cánula nasal a 1 litro por minuto, acceso venoso periférico No 22 en antebrazo derecho (FI 10/04/2021) + válvula libre de aguja + apósito tegaderm limpio y seco, escala Maddox en 0, pasando lactato de ringer a 70cc hora + para paso de medicamento según orden medica, eliminando espontaneo, moviliza sus extremidades, piel integra.

Se pasa ronda y se controlan signos vitales los cuales están dentro de parámetros normales, no refiere dolor en el momento.

Se brinda educación al paciente sobre el riesgo de flebitis, riesgo de caídas y se deja el llamado de enfermería cerca del paciente.

Durante la mañana pasa tranquilo, se realiza baño en ducha asistido, cambio de tendidos y medidas de confort por el personal de enfermería, recibe y tolera su dieta, se le administra su tratamiento farmacológico completo según orden medica, eliminando espontaneo en pato 200cc, realiza deposición, se observa venopunción levemente filtrando por el cual se retira venopuncion

Firmado electrónicamente por **NASLI YOHANA GUERRERO BARBOSA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1022337137

12 abril 2021 18:44 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

con previa técnica aséptica se canaliza acceso venoso en antebrazo derecho

Paciente que durante la tarde pasa tranquilo, sin compañía de su familiar, recibe y tolera su dieta, se le administra su

tratamiento farmacológico completo según orden medica sin complicaciones, eliminando espontaneo en pato 200cc, no realza deposición, deambula en la habitacion, le realizan terapia respiratoria.
Se pasa ronda y se controlan signos vitales los cuales están dentro de parámetros normales, no refiere dolor en el momento.
Se brinda educación al paciente sobre el riesgo de caídas, riesgo de flebitis y se deja el llamado de enfermería cerca del paciente.
por orden medica se cambian líquidos endovenosos a solución salina a 70cc hora
19 Pm Queda paciente adulto en cama con barandas arriba, sin compañía de su familiar, respirando con oxigeno a medio ambiente, con aislamiento de contacto y de gotas.

Firmado electrónicamente por **NASLI YOHANA GUERRERO BARBOSA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1022337137

12 abril 2021 20:51 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

19:00 Recibo paciente en habitación en cama, en el nivel mas bajo, con barandas de seguridad arriba, sin acompañante, paciente despierto, alerta, consiente orientado en tiempo lugar y persona, al examen físico se observa apertura ocular espontanea, oxigeno al medio ambiente, respuesta verbal coherente, con acceso venoso en antebrazo derecho del día 12/4/21 pasando solución ringer a 70 cc hora por bomba de infusión y para el paso de medicamentos, se observa abdomen blando, moviliza sus cuatro extremidades.
20:00 Se toman signos vitales se encuentran entre los valores normales, se observa paciente tranquilo en el momento, se moviliza al baño, se observa paciente tranquilo en el momento.

Firmado electrónicamente por **JENNY PATRICIA MONTOYA JARAMILLO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38611180

13 abril 2021 06:38 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Se pasa ronda en la noche, paciente duerme a intervalos largos.
5:00 Se toman signos vitales se encuentran entre los valores normales, se le administra su tratamiento medico. Queda paciente en habitación sin acompañante, con acceso venoso permeable, elimina espontaneo, no deposición, se realiza control de líquidos administrados y eliminados.

Firmado electrónicamente por **JENNY PATRICIA MONTOYA JARAMILLO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38611180

13 abril 2021 11:40 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

07:00 recibo paciente adulto, en cama, sin compañia de familiar, consiente, orientado en sus tres esferas tiempo, lugar y persona, despierto, alerta, con manilla de identificacion y de caidas + stiker de riesgo de alergias, con diagnostico ya anotado en historia clinica, aislamiento por gotas y por contacto, oxigeno al ambiente, mucosas humedas, cuello movil, torax simetrico, acceso venoso en cara externa de tercio medio de antebrazo izquierdo, con fecha de inserccion del dia 12/04/2021, con cateter periferico corto numero 22, cubierto con aposito tegaderm limpio y seco, con plan de lev ssn 0.9% pasando a 70 cc hora por bomba de infusion, abdomen blando depresible no doloroso a la palpacion, con sus cuatro extremiaddes completas, moviles y sin limitacion, no se observan edemas, se interroga paciente quien refiere que es alergica a la dipirona e hidrormorfona.

08:00 se pasa ronda, se encuentra paciente en cama, en compañia de su familiar, se realiza control de signos vitales los cuales se encontraron estables dentro de los parametros normales, a febril, sin soporte de oxigeno con buen patron y sin signos de dificultad respiratoria, con eva 0/10, se administra tratamiento farmacologico ordenado sin presentar complicaciones ni reacciones alergicas y s erealizan cuidados de enfermeria, se realiza higiene personal en baño por sus propios medios, se arregla la unidad y se dan medidas de bienestar y confort, paciente que se moviliza por sus propios medios en unidad, elimina espontaneo en pisingo, no realiza deposicion, recibe y tolera la via oral, paciente sin complicaciones hasta el momento, se brinda educacion sobre riesgo de caidas identificado con manilla color lila por lo cual debe permanecer con barandas de la cama en alto, nivel de la cama lo mas cerca al suelo, acompañante permanente, movilizacion asistida y uso del llamado de enfermeria y sobre riesgo de flebitis, signos y sintomas de alarma.

09:22 paciente es valorado por medico tratante quien deja orden de egreso con recomendaciones y formula medica las cuales jefe de turno hace entrega, se recibe habitacion y se diligencian formatos correspondientes + encuesta de satisfaccion.

11:40 se retira acceso venoso y egresa paciente de la institucion en silla de ruedas, en compañia de mensajero de turno.

Firmado electrónicamente por **SANDRA DISNEY OLAYA CHAMORRO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144063294

Control de Medicamentos

06 abril 2021 07:10 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 06 Abr 2021 07:03 AGUA ESTERIL SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 500mL REF: ARB 0303 1 UNIDAD Via OTROS

Observaciones: CN a 1 litros por minuto 05am hasta 7am

* 06 Abr 2021 07:12 OXIGENO GASEOSO MED. 1 LITROS Via NASAL

Firmado electrónicamente por **CINTHYA LIZETH OSORIO BECERRA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144156372

06 abril 2021 07:30 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 06 Abr 2021 07:30 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA
* 06 Abr 2021 07:30 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **VALERIA HUERTAS FLOREZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144191598

06 abril 2021 18:48 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 06 Abr 2021 16:00 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 06 Abr 2021 18:00 OMEprazol 40mg POLVO INYECTABLE VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 06 Abr 2021 18:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA
* 06 Abr 2021 18:00 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ANDREA LARRAHONDO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38554734

06 abril 2021 20:27 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 06 Abr 2021 22:00 CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

Observaciones: preparado por central

* 06 Abr 2021 22:00 DEXAmetasona FOSFATO 8 mg/2 mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 6 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 06 Abr 2021 22:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LORENA LUGO HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66660227

06 abril 2021 22:25 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 07 Abr 2021 01:00 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 07 Abr 2021 01:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LORENA LUGO HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66660227

07 abril 2021 09:50 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 07 Abr 2021 09:50 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 07 Abr 2021 09:51 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **NASLI YOHANA GUERRERO BARBOSA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1022337137

07 abril 2021 15:06 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 07 Abr 2021 15:06 GEMFIBROZILO 600 mg TABLETA RECUBIERTA 600 MILIGRAMOS Via ORAL
* 07 Abr 2021 15:06 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 07 Abr 2021 15:06 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 25 MILILITROS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **YIMARA ANDREA CORTES IBATA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1018484653

07 abril 2021 16:43 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Observaciones: 1 tableta VO cada 24 horas

* 07 Abr 2021 13:00 ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA 100 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **NASLI YOHANA GUERRERO BARBOSA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1022337137

07 abril 2021 18:07 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 07 Abr 2021 18:07 APIDRA 1.000 unidades / 10 mL SOLUCION INYECTABLE VIAL x 10 mL 3 UNIDAD Via SUBCUTANEA

* 07 Abr 2021 18:08 OMEprazol 40mg POLVO INYECTABLE VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 07 Abr 2021 18:08 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 25 MILILITROS Via ENDOVENOSA

* 07 Abr 2021 18:08 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 50 MILILITROS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **NASLI YOHANA GUERRERO BARBOSA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1022337137

07 abril 2021 18:09 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 07 Abr 2021 18:09 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1000 MILILITROS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **NASLI YOHANA GUERRERO BARBOSA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1022337137

07 abril 2021 22:32 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Observaciones: de 20:00 hasta 7 am del dia siguiente

* 07 Abr 2021 22:31 OXIGENO GASEOSO MED. 8 LITROS Via NASAL

* 07 Abr 2021 22:32 CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

Observaciones: central de mezcla

* 07 Abr 2021 22:33 DEXAmetasona FOSFATO 8 mg/2 mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 6 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA

* 07 Abr 2021 22:33 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA

* 07 Abr 2021 22:34 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA

* 07 Abr 2021 22:34 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA

* 07 Abr 2021 22:34 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA

* 07 Abr 2021 22:36 ZOPICLONA 7,5 mg TABLETA RECUBIERTA 15 MILIGRAMOS Via ORAL

* 07 Abr 2021 22:36 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL

* 07 Abr 2021 22:37 LANTUS 300 unidades / 3 mL SOLUCION INYECTABLE PLUMA x 3 mL 10 UNIDADES INTERNACIONALES Via SUBCUTANEA

* 07 Abr 2021 22:37 ENALApril MALEATO 5 mg TABLETA 5 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ANDRES FERNANDO ARANGO SERRANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1113635233

08 abril 2021 06:04 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Observaciones: 12 horas

* 08 Abr 2021 06:04 OXIGENO GASEOSO MED. 8 LITROS Via OROTRAQUEAL

Firmado electrónicamente por **MARIA MABEL GUZMAN BUITRAGO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66872658

08 abril 2021 10:59 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

*	08 Abr 2021 08:00	PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
*	08 Abr 2021 08:00	CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 25 MILILITROS Via ENDOVENOSA
*	08 Abr 2021 08:59	ENALApril MALEATO 5 mg TABLETA 5 MILIGRAMOS Via ORAL
*	08 Abr 2021 11:01	LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1000 MILILITROS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **YIMARA ANDREA CORTES IBATA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1018484653

08 abril 2021 16:40 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

*	08 Abr 2021 13:41	ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA 100 MILIGRAMOS Via ORAL
*	08 Abr 2021 14:41	GEMFIBROZILO 600 mg TABLETA RECUBIERTA 600 MILIGRAMOS Via ORAL
*	08 Abr 2021 16:40	PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
*	08 Abr 2021 16:42	CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 5 MILILITROS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **YIMARA ANDREA CORTES IBATA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1018484653

08 abril 2021 18:19 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

*	08 Abr 2021 18:19	OMEprazol 40mg POLVO INYECTABLE VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
*	08 Abr 2021 18:19	CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 25 MILILITROS Via ENDOVENOSA
*	08 Abr 2021 18:19	CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 50 MILILITROS Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **YIMARA ANDREA CORTES IBATA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1018484653

08 abril 2021 21:40 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

*	08 Abr 2021 20:00	ZOPICLONA 7,5 mg TABLETA RECUBIERTA 15 MILIGRAMOS Via ORAL
*	08 Abr 2021 20:00	LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL
*	08 Abr 2021 20:00	LANTUS 300 unidades / 3 mL SOLUCION INYECTABLE PLUMA x 3 mL 10 UNIDAD Via SUBCUTANEA
*	08 Abr 2021 20:00	ENALApril MALEATO 5 mg TABLETA 5 MILIGRAMOS Via ORAL
*	08 Abr 2021 21:40	CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

Observaciones: :

*	08 Abr 2021 21:40	DEXAmetasona FOSFATO 8 mg/2 mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 6 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
*	08 Abr 2021 21:41	CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 2 UNIDAD Via ENDOVENOSA
*	08 Abr 2021 23:42	CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA
*	08 Abr 2021 23:42	PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **CINTHYA LIZETH OSORIO BECERRA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144156372

09 abril 2021 05:11 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Observaciones: plan

*	09 Abr 2021 05:11	LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **CINTHYA LIZETH OSORIO BECERRA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144156372

09 abril 2021 07:18 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Observaciones: MNRH a 9 litros por minuto
19 p m hasta 7am

* 09 Abr 2021 07:18 OXIGENO GASEOSO MED. 9 LITROS Via NASAL

Firmado electrónicamente por **CINTHYA LIZETH OSORIO BECERRA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144156372

09 abril 2021 08:08 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 09 Abr 2021 08:07 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 09 Abr 2021 08:08 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA
* 09 Abr 2021 08:09 ENALApril MALEATO 5 mg TABLETA 5 MILIEQUIVALENTES Via ORAL
* 09 Abr 2021 12:00 ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA 100 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **DORA FERNANDA LOAIZA LOPEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38557042

09 abril 2021 14:20 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 09 Abr 2021 14:19 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DORA FERNANDA LOAIZA LOPEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38557042

09 abril 2021 14:31 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 09 Abr 2021 14:42 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA
* 09 Abr 2021 17:00 OMEprazol 40mg POLVO INYECTABLE VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 09 Abr 2021 17:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 40 UNIDAD Via ENDOVENOSA
* 09 Abr 2021 17:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA
* 09 Abr 2021 14:00 GEMFIBROZILO 600 mg TABLETA RECUBIERTA 600 MILIGRAMOS Via ORAL
* 09 Abr 2021 14:02 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **DORA FERNANDA LOAIZA LOPEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38557042

09 abril 2021 21:23 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 09 Abr 2021 21:23 CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA
* 09 Abr 2021 21:23 ZOPICLONA 7,5 mg TABLETA RECUBIERTA 15 MILIGRAMOS Via ORAL
* 09 Abr 2021 21:23 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL
* 09 Abr 2021 21:24 DEXAmetasona FOSFATO 8 mg/2 mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 6 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 09 Abr 2021 21:24 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA
* 09 Abr 2021 21:25 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA
* 09 Abr 2021 21:26 LANTUS 300 unidades / 3 mL SOLUCION INYECTABLE PLUMA x 3 mL 10 UNIDAD Via SUBCUTANEA

Firmado electrónicamente por **LUZ DARY JIMENEZ JUSPIAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31582540

09 abril 2021 23:49 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

*	09 Abr 2021 23:49	PARACETAMOL	1 gramo / 100 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	FRASCO x	100 mL		1 GRAMO	Via ENDOVENOSA
*	09 Abr 2021 23:49	CLORURO DE SODIO	0,9%	SOLUCION INYECTABLE	BOLSA x	25 mL	REF:ARB1300	1 UNIDAD	Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **LUZ DARY JIMENEZ JUSPIAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31582540

09 abril 2021 23:58 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

*	09 Abr 2021 21:00	ENALApril MALEATO	5 mg	TABLETA	5 MILIGRAMOS	Via ORAL				

Firmado electrónicamente por **LUZ DARY JIMENEZ JUSPIAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31582540

10 abril 2021 06:13 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

*	10 Abr 2021 06:13	LACTATO DE RINGER	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA x	1.000 mL	REF:ARB2324	1 UNIDAD	Via ENDOVENOSA	

Firmado electrónicamente por **LUZ DARY JIMENEZ JUSPIAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31582540

10 abril 2021 07:23 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

*	10 Abr 2021 07:23	OXIGENO GASEOSO MED.	6 LITROS	Via OROTRAQUEAL						

Firmado electrónicamente por **LUZ DARY JIMENEZ JUSPIAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31582540

10 abril 2021 08:05 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

*	10 Abr 2021 08:05	PARACETAMOL	1 gramo / 100 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	FRASCO x	100 mL		1 GRAMO	Via ENDOVENOSA	
*	10 Abr 2021 08:05	CLORURO DE SODIO	0,9%	SOLUCION INYECTABLE	BOLSA x	25 mL	REF:ARB1300	1 UNIDAD	Via ENDOVENOSA	
*	10 Abr 2021 08:06	ENALApril MALEATO	5 mg	TABLETA	5 MILIGRAMOS	Via ORAL				

Firmado electrónicamente por **NATALIA BOLAÑOS GARZON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144199905

10 abril 2021 13:54 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

*	10 Abr 2021 13:55	GEMFIBROZILO	600 mg	TABLETA RECUBIERTA	600 MILIGRAMOS	Via ORAL				
*	10 Abr 2021 16:00	PARACETAMOL	1 gramo / 100 mL	SOLUCIÓN INYECTABLE	FRASCO x	100 mL		1 GRAMO	Via ENDOVENOSA	
*	10 Abr 2021 16:00	CLORURO DE SODIO	0,9%	SOLUCION INYECTABLE	BOLSA x	25 mL	REF:ARB1300	2 UNIDAD	Via ENDOVENOSA	

Firmado electrónicamente por **NATALIA BOLAÑOS GARZON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144199905

10 abril 2021 17:10 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

*	10 Abr 2021 17:10	ORAZOLE	40 mg	POLVO LIOFILIZADO VIAL	40 MILIGRAMOS	Via ENDOVENOSA				
*	10 Abr 2021 17:10	CLORURO DE SODIO	0,9%	SOLUCION INYECTABLE	BOLSA x	50 mL	REF:ARB1301	1 UNIDAD	Via ENDOVENOSA	
*	10 Abr 2021 17:10	CLORURO DE SODIO	0,9%	SOLUCION INYECTABLE	BOLSA x	25 mL	REF:ARB1300	1 UNIDAD	Via ENDOVENOSA	

Firmado electrónicamente por **NATALIA BOLAÑOS GARZON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144199905

10 abril 2021 18:34 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

*	10 Abr 2021 18:34	APIDRA	1.000 unidades / 10 mL	SOLUCION INYECTABLE	VIAL x 10 mL	5 UNIDAD	Via SUBCUTANEA			

Firmado electrónicamente por **NATALIA BOLAÑOS GARZON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144199905

10 abril 2021 19:06 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

*	10 Abr 2021 19:06	LACTATO DE RINGER	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA x	1.000 mL	REF:ARB2324	1 UNIDAD	Via ENDOVENOSA	

Firmado electrónicamente por **NATALIA BOLAÑOS GARZON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144199905

10 abril 2021 20:23 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 10 Abr 2021 20:23 ENALApril MALEATO 5 mg TABLETA 5 MILIGRAMOS Via ORAL
* 10 Abr 2021 20:23 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 10 Abr 2021 20:24 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL
* 10 Abr 2021 20:24 ZOPICLONA 7,5 mg TABLETA RECUBIERTA 15 MILIGRAMOS Via ORAL
* 10 Abr 2021 20:24 DEXAmetasona FOSFATO 8 mg/2 mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 6 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 10 Abr 2021 20:25 CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA
* 10 Abr 2021 20:25 LANTUS 300 unidades / 3 mL SOLUCION INYECTABLE PLUMA x 3 mL 10 UNIDADES INTERNACIONALES Via SUBCUTANEA

Firmado electrónicamente por **ANDREA LARRAHONDO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38554734

11 abril 2021 10:20 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Abr 2021 10:20 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 11 Abr 2021 10:21 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA
* 11 Abr 2021 10:22 ENALApril MALEATO 5 mg TABLETA 5 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **MAYRA JULIANA MARIN REINEL** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1107508287

11 abril 2021 12:01 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Abr 2021 12:01 APIDRA SOLOSTAR 300 unidades / 3 mL SOLUCION INYECTABLE PLUMA x 3 mL 5 UNIDADES INTERNACIONALES Via SUBCUTANEA
* 11 Abr 2021 12:01 ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA 100 MILIGRAMOS Via ORAL
* 11 Abr 2021 12:01 GEMFIBROZILO 600 mg TABLETA RECUBIERTA 600 MILIGRAMOS Via ORAL

Firmado electrónicamente por **ANDRES FERNANDO ARANGO SERRANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1113635233

11 abril 2021 13:02 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Abr 2021 13:02 OXIGENO HOSPITALIZACION POR 12 HORAS 2 LITROS Via NASAL

Firmado electrónicamente por **ANDRES FERNANDO ARANGO SERRANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1113635233

11 abril 2021 15:35 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Abr 2021 15:35 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 11 Abr 2021 15:35 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ANDRES FERNANDO ARANGO SERRANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1113635233

11 abril 2021 17:34 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Abr 2021 17:34 ORAZOLE 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 11 Abr 2021 17:34 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA
* 11 Abr 2021 17:34 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **ANDRES FERNANDO ARANGO SERRANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1113635233

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

11 abril 2021 21:11 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 11 Abr 2021 20:14 ENALApril MALEATO 5 mg TABLETA 5 MILIGRAMOS Via ORAL
* 11 Abr 2021 21:00 DEXAmetasona FOSFATO 8 mg/2 mL SOLUCIÓN INYECTABLE AMPOLLA x 2 mL 6 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 11 Abr 2021 21:11 CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

Observaciones: 24:00

* 11 Abr 2021 21:12 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 11 Abr 2021 21:13 ZOPICLONA 7,5 mg TABLETA RECUBIERTA 15 MILIGRAMOS Via ORAL
* 11 Abr 2021 21:13 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL
* 11 Abr 2021 21:14 LANTUS 300 unidades / 3 mL SOLUCION INYECTABLE PLUMA x 3 mL 10 UNIDAD Via SUBCUTANEA

Firmado electrónicamente por **JOSE ARLEY NARVAEZ GUERRERO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1143843821

12 abril 2021 11:18 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 12 Abr 2021 08:17 ENALApril MALEATO 5 mg TABLETA 5 MILIGRAMOS Via ORAL
* 12 Abr 2021 08:19 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA
* 12 Abr 2021 08:19 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 12 Abr 2021 11:18 ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA 100 MILIGRAMOS Via ORAL
* 12 Abr 2021 14:22 GEMFIBROZILO 600 mg TABLETA RECUBIERTA 600 MILIGRAMOS Via ORAL
* 12 Abr 2021 15:52 LACTATO DE RINGER SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB2324 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA
* 12 Abr 2021 16:00 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via ENDOVENOSA
* 12 Abr 2021 16:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA
* 12 Abr 2021 18:00 OMEprazol 40mg POLVO INYECTABLE VIAL 40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA
* 12 Abr 2021 18:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 50 mL REF:ARB1301 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA
* 12 Abr 2021 18:00 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 25 mL REF:ARB1300 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA
* 12 Abr 2021 18:44 CLORURO DE SODIO 0,9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA x 1.000 mL REF:ARB1324 1 UNIDAD Via ENDOVENOSA

Observaciones: cn a 1 litro por minuto
07am hasta 11am

* 12 Abr 2021 18:44 OXIGENO GASEOSO MED. 1 LITROS Via NASAL

Firmado electrónicamente por **NASLI YOHANA GUERRERO BARBOSA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1022337137

12 abril 2021 21:54 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

* 12 Abr 2021 20:00 ENALApril MALEATO 5 mg TABLETA 5 MILIGRAMOS Via ORAL
* 12 Abr 2021 20:00 LANTUS 300 unidades / 3 mL SOLUCION INYECTABLE PLUMA x 3 mL 10 UNIDAD Via SUBCUTANEA
* 12 Abr 2021 20:00 LYRICA 75 mg CAPSULA 75 MILIGRAMOS Via ORAL
* 12 Abr 2021 20:00 ZOPICLONA 7,5 mg TABLETA RECUBIERTA 15 MILIGRAMOS Via ORAL
* 12 Abr 2021 21:54 CLExane 40 mg / 0,4 mL SOLUCION INYECTABLE JP x 0,4 mL 40 MILIGRAMOS Via SUBCUTANEA

*	12 Abr 2021 21:54	DEXAmetasona FOSFATO	8 mg/2 mL	SOLUCIÓN	INYECTABLE	AMPOLLA	x	2 mL		6 MILIGRAMOS	Via ENDOVENOSA		
*	12 Abr 2021 22:14	CLORURO DE SODIO	0,9%	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	25 mL	REF:ARB1300	2 UNIDAD	Via ENDOVENOSA		

Firmado electrónicamente por **JENNY PATRICIA MONTOYA JARAMILLO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38611180

13 abril 2021 06:12 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

*	13 Abr 2021 06:12	CLORURO DE SODIO	0,9%	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	1.000 mL	REF:ARB1324	1 UNIDAD	Via ENDOVENOSA		

Firmado electrónicamente por **JENNY PATRICIA MONTOYA JARAMILLO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38611180

13 abril 2021 06:22 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Observaciones: se realiza registro de las 00 am

*	13 Abr 2021 03:00	PARACETAMOL	1 gramo / 100 mL	SOLUCIÓN	INYECTABLE	FRASCO	x	100 mL		1 GRAMO	Via ENDOVENOSA		

Observaciones: se realiza registro de las 00 am

*	13 Abr 2021 03:00	CLORURO DE SODIO	0,9%	SOLUCION	INYECTABLE	BOLSA	x	25 mL	REF:ARB1300	1 UNIDAD	Via ENDOVENOSA		

Firmado electrónicamente por **JENNY PATRICIA MONTOYA JARAMILLO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38611180

13 abril 2021 08:04 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

*	13 Abr 2021 08:04	ENALApril MALEATO 5 mg TABLETA	5 MILIGRAMOS Via ORAL										
*	13 Abr 2021 10:15	ACIDO ACETIL SALICILICO 100 mg TABLETA	100 MILIGRAMOS Via ORAL										

Firmado electrónicamente por **SANDRA DISNEY OLAYA CHAMORRO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144063294

13 abril 2021 10:44 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Observaciones: registro corresponde de las 6:00 am

*	13 Abr 2021 10:44	ORAZOLE 40 mg POLVO LIOFILIZADO VIAL	40 MILIGRAMOS Via ENDOVENOSA										

Firmado electrónicamente por **SANDRA MILENA DUQUE GONZALEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1113620376

Glucometria

06 abril 2021 16:25 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Fecha Fecha: 06/04/2021 16:25
Resultados Resultados: 151 mg/dL
Valores de Referencia:70-110

Firmado electrónicamente por **LINA JULIETH MEDINA MOLINA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1112486627

06 abril 2021 23:29 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Fecha Fecha: 06/04/2021 23:29
Resultados Resultados: 124 mg/dL
Valores de Referencia:70-110

Firmado electrónicamente por **LORENA LUGO HERRERA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66660227

07 abril 2021 17:24 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Fecha Fecha: 07/04/2021 17:24
Resultados Resultados: 200 mg/dL
Valores de Referencia:70-110

Firmado electrónicamente por **NASLI YOHANA GUERRERO BARBOSA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1022337137

07 abril 2021 21:00 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*

Fecha Fecha: 07/04/2021 21:00
Resultados Resultados: 107 mg/dL
Valores de Referencia:70-110

Firmado electrónicamente por **ANDRES FERNANDO ARANGO SERRANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1113635233

08 abril 2021 05:53 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 08/04/2021 05:53
Resultados Resultados: 160 mg/dL
Valores de Referencia:70-110
Firmado electrónicamente por **MARIA MABEL GUZMAN BUITRAGO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 66872658

08 abril 2021 18:10 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 08/04/2021 18:10
Resultados Resultados: 143 mg/dL
Valores de Referencia:70-110
Firmado electrónicamente por **LIZZETH TATIANA PARADA NEIRA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1106779176

09 abril 2021 05:03 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 09/04/2021 05:03
Resultados Resultados: 235 mg/dL
Valores de Referencia:70-110
Firmado electrónicamente por **NATALIA BOLAÑOS GARZON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144199905

09 abril 2021 12:24 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 09/04/2021 12:24
Resultados Resultados: 140 mg/dL
Valores de Referencia:70-110
Firmado electrónicamente por **DORA FERNANDA LOAIZA LOPEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38557042

09 abril 2021 18:28 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 09/04/2021 18:28
Resultados Resultados: 166 mg/dL
Valores de Referencia:70-110
Firmado electrónicamente por **DORA FERNANDA LOAIZA LOPEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38557042

09 abril 2021 21:22 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 09/04/2021 21:22
Resultados Resultados: 185 mg/dL
Valores de Referencia:70-110
Firmado electrónicamente por **LUZ DARY JIMENEZ JUSPIAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31582540

10 abril 2021 05:08 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 10/04/2021 05:08
Resultados Resultados: 226 mg/dL
Valores de Referencia:70-110
Firmado electrónicamente por **LUZ DARY JIMENEZ JUSPIAN** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 31582540

10 abril 2021 18:16 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 10/04/2021 18:16
Resultados Resultados: 210 mg/dL
Valores de Referencia:70-110
Firmado electrónicamente por **NATALIA BOLAÑOS GARZON** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144199905

11 abril 2021 06:29 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 11/04/2021 06:29
Resultados Resultados: 229 mg/dL
Valores de Referencia:70-110
Firmado electrónicamente por **DORA FERNANDA LOAIZA LOPEZ** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38557042

11 abril 2021 10:33 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 11/04/2021 10:33
Resultados Resultados: 202 mg/dL
Valores de Referencia:70-110
Firmado electrónicamente por **ANDRES FERNANDO ARANGO SERRANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1113635233

Paciente: **ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO** (No Interno: **337.618**)

11 abril 2021 17:37 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 11/04/2021 17:37
Resultados Resultados: 162 mg/dL
Valores de Referencia:70-110
Firmado electrónicamente por **ANDRES FERNANDO ARANGO SERRANO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1113635233

12 abril 2021 12:50 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 12/04/2021 12:50
Resultados Resultados: 148 mg/dL
Valores de Referencia:70-110
Firmado electrónicamente por **CINTHYA LIZETH OSORIO BECERRA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144156372

12 abril 2021 18:11 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 12/04/2021 18:11
Resultados Resultados: 156 mg/dL
Valores de Referencia:70-110
Firmado electrónicamente por **CINTHYA LIZETH OSORIO BECERRA** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 1144156372

13 abril 2021 05:12 - *(PISO 7 (TORRE NORTE) HOSP)*
Fecha Fecha: 13/04/2021 05:12
Resultados Resultados: 251 mg/dL
Valores de Referencia:70-110
Firmado electrónicamente por **JENNY PATRICIA MONTOYA JARAMILLO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA
Identificación CC 38611180

Diagnósticos de Egreso

	Localización	Tipo DX
-- **(U071) COVID-19 (Virus Identificado)**		Impresion Diagnóstica
-- **(U071) COVID-19 (Virus Identificado)**		Impresion Diagnóstica
-- **(U071) COVID-19 (Virus Identificado)**		Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **PAOLA ANDREA RAMIREZ RUIZ** -- MEDICINA GENERAL
Tarjeta Profesional: 19/9206/20 Identificación CC 38888753

Salida Urgencias

Estado vital al salir **Vivo** Estado al salir Destino al salir **Domicilio**
Fecha y hora de salida **13 abr. 2021 09:22** Remitido a
Medio de trasporte

Incapacidad

Fecha de Incapacidad: **08 Abr 2021** Días de Incapacidad: **16** Prorroga: **No** Motivo: **Enfermedad General**
Diagnóstico: **U071 COVID-19 (Virus Identificado)**
Observación: REPOSO EN CASA

Datos de Enfermeria

Dispositivos Invasivos

Firmado Electrónicamente por **FERNANDEZ TRUJILLO ANGELA MARIA**
Identificación **CC 31984103**
Especialidad **MEDICINA INTERNA**
Tarjeta Profesional **939195**

RAYOS-X

SANTIAGO DE CALI, VIERNES, 17 DE FEBRERO DE 2017

GERARDO CASAS CASTILLO ***1783046***

FACTURA:IU3-992085314 ***IDENTIFICACION:CC 16719326***

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA

871040 - RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:
En sistema digital se realiza el presente estudio, observándose:

HALLAZGOS:

Se observa listesis grado I de L5 sobre S1.
Elementos de fijación posterior (barras y tornillos transpediculares a nivel L5-S1.
Ausencia parcial de los elementos posteriores a nivel L5.
Relaciones articulares sacroilíacas y coxofemorales conservadas.
Placas de ateromas calcificadas a nivel de la aorta abdominal.
Gas en ampolla rectal.

Atentamente,



DR. HUGO FERNANDEZ SUAREZ
crg

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 16719326 **Edad:** 51 años Masculino
Medico Remitente: FUERTES B DARIO
Descripción CUPS
879201 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMB

No. Estudio: 1788998 1 de Marzo 2017
Reporte: Tomografico
Servicio: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:
Con equipo multidetectores se obtuvieron imágenes volumétricas a nivel de la columna lumbosacra sin medio de contraste, observándose:

HALLAZGOS:
Estructuras óseas visualizadas de densidad y patrón trabecular normal.
Rectificación de columna lumbosacra, con pérdida de la curvatura lordótica normal.
La altura de los cuerpos vertebrales se preserva.
Anterolistesis grado II de L5 sobre S1, secundario a espondilolisis bilateral de L5 con fijación externa, observando tornillos transpediculares L5-S1 con barras de fijación posterior.
Disminución en la amplitud del espacio intervertebral L5-S1, con esclerosis de platillos vertebrales y fenómeno de vacío por discopatía degenerativa.
Articulaciones facetarias de apariencia normal.
Abombamiento difuso del anillo fibroso en los niveles L4-L5 y L5-S1, sin efecto compresivo significativo para el canal central.
Estenosis foraminal bilateral L5-S1 con pérdida de la grasa peri-radicular, hallazgo que puede justificar efecto compresivo para raíces emergentes.
Cambios post quirúrgicos de musculatura paravertebral con edema intersticial, probablemente por post quirúrgico reciente, a correlacionar clínicamente.

MD Radiólogo - Neuroradiología
Atentamente,

Dr Jheison Vallejo Diaz

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Unidad de Angiografía

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 16719326 **Edad:** 51 años Masculino
Medico Remitente: ESCOBAR ROJAS, WILLIAM

No. Estudio: 32705 4 de Marzo 2017
Reporte: Angiografia
Servicio: URGENCIAS

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
INFILTRACIÓN DE FORAMEN L5-S1 DERECHO

MEDICOS:	WILLIAM ESCOBAR ROJAS
DIAG. PRE-QX:	ANTECEDENTE DE ANTEROLISTESIS DE L5/S1. INSTRUMENTACIÓN DE L4-S1. ESTENOSIS FORAMINAL L5S1 DERECHO.
DIAG. POST-QX:	INFILTRACIÓN DE FORAMEN L5-S1 DERECHO GUIADO POR TOMOGRAFÍA Y FLUOROSCOPIA
ANESTESIA:	SEDACIÓN
COMPLICACIONES:	NINGUNA.
PERDIDA DE SANGRE ESTIMADA:	-
HORA INICIAL:	2:00PM
HORA FINAL:	2:15PM
TIEMPO TOTAL:	15 MINUTOS

PROCEDIMIENTO:
Previa realización de Spert CT se localiza foramen L5 S1 derecho.
Luego con Spert Guide se avanza Spinocat n 22 se confirma posición de la aguja y se inyecta mezcla de Xilocaína Marcaina y esteroides.

Neurorradiologo
Atentamente,

Dr William Escobar

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA **No. Estudio:** 1792872 8 de Marzo 2017
CC: 16719326 **Edad:** 51 años Masculino **Reporte:** Resonancia
Medico Remitente: VANESSA TOVAR LLANOS **Servicio:** HOSPITALIZACION
Descripción CUPS
883230 RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
COLUMNA LUMBOSACRA CON GADOLINIO

TÉCNICA:
Se practicaron secuencias axiales y sagitales en T1 y T2, sagital en supresión grasa, observándose:

HALLAZGOS:
Cuerpos vertebrales de tamaño normal con pérdida de la intensidad de señal de los discos intervertebrales lumbares por deshidratación de ellos.
Presencia de una anterolistesis grado I de L5 sobre S1 por fractura de la pars inter articular.
Presencia de tornillos transpediculares en L5-S1 los cuales generan artificios de susceptibilidad magnética pero no tienen compromiso del canal espinal ni de los forámenes neurales.
Protrusión del anillo fibroso del disco a la altura de L5-S1 en forma central y paramediana bilateral con componente foraminal que sumada a la anterolistesis favorece una estenosis foraminal bilateral que puede explicar radiculopatía de L5 a su salida.
Con la aplicación de material de contraste aparece un reforzamiento hacia el tejido celular subcutáneo en la parte posterior, sobre todo en L5 asociado a evento quirúrgico previo con una pequeña colección con intensidad de señal líquido que mide aproximadamente 6 cm de diámetro dorsoventral x 1.3 cm de diámetro anteroposterior que puede corresponder a seroma o eventualmente una fístula de líquido cefalorraquídeo contenida.
Con la aplicación del material de contraste no hay reforzamientos en el espacio subaracnoideo que sugieran aracnoiditis.
Cono medular de tamaño e intensidad de señal normal termina a la altura de T12-L1.
Cambios facetarios consistentes en hipertrofia y esclerosis desde L2-L3 a L5-S1.

Neurorradiologo
Atentamente,

Dr William Escobar

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 16719326 **Edad:** 51 años Masculino
Medico Remitente: BIOJO GUEVARA ROBIN
Descripción CUPS
881301 ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS

No. Estudio: 1807513 7 de Abril 2017
Reporte: Ultrasonido
Servicio: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
TEJIDOS BLANDOS PARED ABDOMINAL

CLÍNICA: Descartar hernia incisional derecha.

TÉCNICA:
Con transductor lineal de alta resolución 9 Mhz, se realiza el presente estudio con el paciente acostado con maniobra de pujo, posteriormente de pie también, con maniobra de pujo, observándose:

HALLAZGOS:
Piel y tejido celular subcutáneo de características normales, no hay masas ,ni colecciones a nivel de la pared abdominal, tampoco se observaron defectos herniarios en la pared, en el sitio de cirugía en la región del mesogastrio hacia el lado derecho se aprecia sólo engrosamiento de la piel midiendo ésta 3 mm, y en la grasa subcutánea y en la grasa de la pared abdominal a ese nivel aumento difuso en la ecogenicidad, observándose una zona hiperecoica, difusa, la cual mide 51 mm en sentido longitudinal por 21 mm en sentido anteroposterior y en sentido transversal 17 mm, ésta corresponde muy probablemente con cambios de fibrosis a ese nivel post-quirúrgico o foco de necrosis grasa ,ya que no hay abscesos, ni colecciones y no hay cambios inflamatorios en la piel.
No se observaron defectos herniarios, en el sitio quirúrgico, ni en el resto de la pared abdominal.

Médico Radiólogo
Atentamente,

J. Eraso.

Dr Jairo Manuel Erazo

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 16719326 **Edad:** 51 años Masculino
Medico Remitente: robin biojo
Descripción CUPS
879420 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)

No. Estudio: 1811793 19 de Abril 2017
Reporte: Tomografico
Servicio: particular

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
PARED ABDOMINAL CON VALSALVA (ABDOMEN TOTAL)

TÉCNICA:
Con equipo multidetector de 128 filas se obtuvo imagen de todo el abdomen, sin contraste oral ni intravenoso, en maniobra de valsalva, las cuales se analizan en la estación de trabajo, múltiples planos, observándose lo siguiente:

HALLAZGOS:
En la base del tórax no hay nódulos, infiltrados, atelectasias ni derrame pleural.
El hígado presenta disminución generalizada de la densidad, sin evidencia de lesiones focales ni calcificaciones. Por este estudio no se observan lesiones focales hepáticas.
El bazo, páncreas, glándulas suprarrenales y riñones; tienen densidad y tamaño normal. No hay evidencia de hidronefrosis.
La vesícula biliar presenta densidad homogénea sin imágenes densas en su interior que sugiera cálculos.
En la aorta abdominal y arterias ilíacas, hay múltiples placas de ateroma calcificadas.
La vejiga está moderadamente distendida, sin cálculos en su interior.
En la próstata se observan calcificaciones residuales en la zona transicional.
A nivel del sigmoide se observan algunos divertículos sin signos de diverticulitis.
No se observa el apéndice cecal así como tampoco cambios inflamatorios en el tejido graso pericecal.
El calibre y la distribución de las asas en intestino delgado es normal.
Hacia la pared abdominal no se observa nódulos, masas, eventraciones ni hernias.
Hay imagen compatible con cicatriz parasagital derecha a nivel del hipogastrio y mesogastrio.
En columna lumbar hay cambios postquirúrgicos con barras de fijación posterior, tornillos transpedunculares y material de injerto. Se observa también laminectomía aparentemente en el último segmento móvil.

IMPRESION DIAGNOSTICA:
1. Cambios sugestivos de esteatosis hepática difusa
2. Aortoesclerosis
3. Prostatitis?
4. Cambios post quirúgicos en columna LS.

Radiología e Imágenes Diagnósticas
Atentamente,

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas



Dr Gabriel Salom Piza

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 16719326 **Edad:** 51 años Masculino
Medico Remitente: robin biojo
Descripción CUPS
879420 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)

No. Estudio: 1811793 19 de Abril 2017
Reporte: Tomografico
Servicio: particular

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
PARED ABDOMINAL CON VALSALVA (ABDOMEN TOTAL)

TÉCNICA:
Con equipo multidetector de 128 filas se obtuvo imagen de todo el abdomen, sin contraste oral ni intravenoso, en maniobra de valsalva, las cuales se analizan en la estación de trabajo, múltiples planos, observándose lo siguiente:

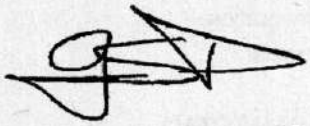
HALLAZGOS:
En la base del tórax no hay nódulos, infiltrados, atelectasias ni derrame pleural.
El hígado presenta disminución generalizada de la densidad, sin evidencia de lesiones focales ni calcificaciones. Por este estudio no se observan lesiones focales hepáticas.
El bazo, páncreas, glándulas suprarrenales y riñones; tienen densidad y tamaño normal. No hay evidencia de hidronefrosis.
La vesícula biliar presenta densidad homogénea sin imágenes densas en su interior que sugiera cálculos.
En la aorta abdominal y arterias ilíacas, hay múltiples placas de ateroma calcificadas.
La vejiga está moderadamente distendida, sin cálculos en su interior.
En la próstata se observan calcificaciones residuales en la zona transicional.
A nivel del sigmoide se observan algunos divertículos sin signos de diverticulitis.
No se observa el apéndice cecal así como tampoco cambios inflamatorios en el tejido graso pericecal.
El calibre y la distribución de las asas en intestino delgado es normal.
Hacia la pared abdominal no se observa nódulos, masas, eventraciones ni hernias.
Hay imagen compatible con cicatriz parasagital derecha a nivel del hipogastrio y mesogastrio.
En columna lumbar hay cambios postquirúrgicos con barras de fijación posterior, tornillos transpedunculares y material de injerto. Se observa también laminectomía aparentemente en el último segmento móvil.

IMPRESION DIAGNOSTICA:
1. Cambios sugestivos de esteatosis hepática difusa
2. Aortoesclerosis
3. Prostatitis?
4. Cambios post quirúgicos en columna LS.

Radiología e Imágenes Diagnósticas
Atentamente,

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas



Dr Gabriel Salom Piza

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Unidad de Angiografía

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 16719326 **Edad:** 51 años Masculino
Medico Remitente: FAJARDO SANMARTIN, MARIA MERCEDES

No. Estudio: 33595 12 de Junio 2017
Reporte: Angiografia
Servicio: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
BLOQUEO SIMPATICO LUMBAR L2-L4 DERECHO.

SEDACIÓN CON 5 MG ED MIDAZOLAM

DESCRIPCIÓN:
Previa asepsia y antisepsia, con el paciente en decúbito prono, se ubican cuerpos vertebrales de L2 y L4 bajo fluoroscopia. Se infiltra piel y tcs a 8 cm lateral derecho de línea media en cada uno de esos niveles. Se punciona con aguja chiba N.22 hasta localizar su punta en cara anterolateral del cuerpo vertebral de L2. Lo mismo se hace en L4. Se aplican 1 cc de medio de contraste en cada aguja para verificar correcta posición. Se aplican 10 cc de bupivacaina al 0.5% se en cada uno de los niveles. Se retiran agujas. Procedimiento sin complicaciones.
Se traslada a recuperación. Dolor que estaba en 6/10 desaparece. Disestesias en la pierna derecha también desaparecen.

Dolor y Cuidado Paliativo
Atentamente,

Dra María Mercedes Fajardo Sanmartín

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente:	JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA	**No. Estudio:**	1847053 6 de Julio 2017
CC: 16719326 **Edad:** 51 años Masculino		**Reporte:**	Ultrasonido
Medico Remitente:	FAJARDO SANMARTIN MARIA M.	**Servicio:**	-

Descripción CUPS

881301 ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

TEJIDOS BLANDOS FOSA ILÍACA DERECHA

TÉCNICA:

Con transductor lineal de alta resolución se examinan los tejidos blandos en pared abdominal, línea media y en el hemiabdomen izquierdo, observándose:

HALLAZGOS:

La piel, tejido graso subcutáneo, planos musculares visualizados de aspecto ecográfico normal sin evidencia de lesiones focales quísticas ni sólidas.
Con maniobras de valsalva no se observaron defectos de pared abdominal.

MD Radiólogo
Atentamente,

Dr José Fernando Vallejo Díaz

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente:	JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA	**No. Estudio:**	1847079 6 de Julio 2017
CC: 16719326 **Edad:** 51 años Masculino		**Reporte:**	Radiologico
Medico Remitente:	FAJARDO SANMARTIN MARIA M.	**Servicio:**	-

Descripción CUPS

871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:
En sistema digital se obtuvo proyección AP y lateral, observándose:

HALLAZGOS:
La densidad ósea normal al igual que la altura de los cuerpos vertebrales.
La altura del disco L2-S1 está disminuida. En este nivel hay anterolistesis grado II con signos sugestivos de espondilolisis así como material de instrumentación posterior con tornillos transpedunculares en L5 y S1. Uno de los tornillos del lado derecho se observa fracturado.
No hay escoliosis.
Hay signos de laminectomía en L5-S1.
En la pared de la aorta abdominal se observan algunas placas de ateromas calcificadas.
El eje de carga lumbar está anterior.

Radiología e Imágenes Diagnósticas
Atentamente,

Dr Gabriel Salom Piza

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 16719326 **Edad:** 51 años Masculino
Medico Remitente: GERARDO CASAS CASTILLO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

No. Estudio: 1861213 7 de Agosto 2017
Reporte: Radiologico
Servicio: HOSPITALIZACION

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:

En sistema digital se realiza el presente estudio:

HALLAZGOS:
Placas de ateroma calcificadas en topografía de la aorta abdominal.
Listesis grado I de L5 sobre S1.
Elementos de fijación posterior (tornillos transpediculares en L5-S1 y barras) sin signos de aflojamiento.
Abundantes residuos de materia fecal en colon.
Coxas profundas bilaterales.
Relaciones articulares sacroilíacas conservadas.

Radiología e Imágenes Diagnósticas
Atentamente,

Dr Hugo Fernandez Suarez

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 16719326 **Edad:** 51 años Masculino
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

No. Estudio: 1875887 7 de Septiembre 2017
Reporte: Radiologico
Servicio: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
COLUMNA LUMBOSACRA:

TÉCNICA:
En sistema digital se obtuvo proyección AP y lateral, observándose:

HALLAZGOS:
La densidad ósea es normal al igual que la altura de los cuerpos vertebrales.
Hay material de osteosíntesis entre el último segmento móvil de la columna lumbar y el primer sacro, consistente en tornillos transpedunculares y fijación posterior.
Se observa anterolistesis grado I en este nivel y disminución significativa de la altura del disco correspondiente.
No hay escoliosis.
En todos los cuerpos vertebrales hay osteofitos incipientes.
En la aorta abdominal se observan placas de ateromas calcificadas.

Radiología e Imágenes Diagnósticas
Atentamente,

Dr Gabriel Salom Piza

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 16719326 **Edad:** 51 años Masculino
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS

No. Estudio: 1879796 15 de Septiembre 2017
Reporte: Radiologico
Servicio: -

871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:
En sistema digital se realiza el presente estudio, observándose:

HALLAZGOS:
Instrumentación quirúrgica con tornillos transpediculares a nivel lumbar inferior con adecuada alineación ósea.
No hay masas óseas ni para-vertebrales.
La pared de la aorta abdominal muestra calcificaciones ateromatosas.

Médico Radiólogo
Atentamente,

Dr Luis Hernan Jimenez

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA **No. Estudio:** 1892591 13 de Octubre 2017
CC: 16719326 **Edad:** 51 años Masculino **Reporte:** Radiologico
Medico Remitente: GERARDO CASAS **Servicio:** -

Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:
En sistema digital se realiza el presente estudio, observándose:

HALLAZGOS:
Antecedente de instrumentación y fijación transpeduncular L5-S1.
Densidad y trabeculación osea ligeramente disminuida.
No hay lesiones líticas, lesiones blásticas ni fracturas por aplastamiento, presencia de hemivertebras ni fusión de cuerpos vertebrales.
Anterolistesis del cuerpo vertebral de L4 sobre L5 grado I, fijación transpeduncular L5-S1.
Alteración del eje biomecánico de la columna.
Articulaciones sacroiliacas de amplitud ligeramente disminuida.

Información de la dosis

Dosis total entrada en superficie 8.79 mGy
El # de imagenes tomadas fue: 3

Radiólogo Intervencionista
Atentamente,

Dr Carlos Alberto Gonzalez Herrada

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 16719326 **Edad:** 52 años Masculino
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
879201 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, T

No. Estudio: 1895601 20 de Octubre 2017
Reporte: Tomografico
Servicio: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:
Con equipo multidetectores se obtuvieron imágenes volumétricas a nivel de la columna lumbosacra, sin medio de contraste, observándose:

HALLAZGOS:
Densidad ósea y patrón trabecular normal.
Rectificación de columna lumbosacra con pérdida de la curvatura lordótica normal.
La altura de los cuerpos vertebrales se preserva. Cambios espondilóticos leves multinivel.
Disminución en la amplitud del espacio intervertebral L5-S1 con esclerosis del platillo vertebral y fenómeno de vacio por cambios osteocondróticos.
Anterolistesis grado I de L5 sobre S1 con fijación posterior identificando artrodesis posterior L5-S1.
Laminectomía bilateral L5-S1 con barras de fijación posterior observando tornillos trasnpediculares L5-S1 sin signos de aflojamiento.
Abombamiento difuso del anillo fibroso en los niveles L4-L5 y L5-S1 sin efecto compresivo significativo para el canal central.
Estenosis foraminal bilateral L5-S1 con perdida de la grasa peri-radicular, hallazgo que puede justificar efecto compresivo para raíces emergentes.
Cambios degenerativos de articulaciones sacro-ilíacas.
Lesión de apariencia lítica hacia el aspecto posterior del alerón ilíaco derecho con disrupción de la cortical a correlacionar con antecedentes y estudios adicionales si clínicamente lo amerita.
Cambios post-quirúrgicos en musculatura paravertebral sin colecciones asociadas.
Correlación clínica.

Información de la dosis

Dosis efectiva 3.342 mSv

MD Radiólogo - Neuroradiología
Atentamente,

JVALLEJO

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Dr Jheison Vallejo Diaz

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA **No. Estudio:** 1921292 18 de Diciembre 2017
CC: 16719326 **Edad:** 52 años Masculino **Reporte:** Radiologico
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO **Servicio:** -

Descripción CUPS	
871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA
871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:

en sistema digital se realiza el presente estudio, hallazgos:

HALLAZGOS:
La densidad ósea es normal, el eje la columna se encuentra conservado, los pediculos y interpedicular son normales, hay cambios por-quirúrgicos con barras de fijación posterior transpediculares entre L5 y S1, en correcta posición, disminución de altura del disco L5-S1 p degenerativa, desplazamiento anterior de L5 sobre S1 de 16 mm.
Sacro, agujeros sacros normales, al igual que articulaciones sacroilíacas.
Calcificación ateromatosa de la aorta abdominal.

COMENTARIO:
Discopatía degenerativa L5-S1.
Desplazamiento anterior de L5 sobre S1 de 16 mm a pesar de que tiene barras ortopedica con tornillos traspediculares entre L5 y S1.

FERGUSON

HALLAZGOS:
La densidad ósea es normal, los agujeros sacros son normales, las articulaciones sac aprecian de aspecto normales.
Crestas ilíacas normales.
Caderas normales.

Información de la dosis

Dosis total entrada en superficie 13.9 mGy
El # de imagenes tomadas fue: 4

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Atentamente,

J. Erazo.

Dr Jairo Manuel Erazo

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 16719326 **Edad:** 52 años Masculino
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS

No. Estudio: 1921292 18 de Diciembre 2017
Reporte: Radiologico
Servicio: -

871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA
871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:

en sistema digital se realiza el presente estudio, hallazgos:

HALLAZGOS:
La densidad ósea es normal, el eje la columna se encuentra conservado, los pediculos y interpedicular son normales, hay cambios por-quirúrgicos con barras de fijación posterior transpediculares entre L5 y S1, en correcta posición, disminución de altura del disco L5-S1 p degenerativa, desplazamiento anterior de L5 sobre S1 de 16 mm.
Sacro, agujeros sacros normales, al igual que articulaciones sacroilíacas.
Calcificación ateromatosa de la aorta abdominal.

COMENTARIO:
Discopatía degenerativa L5-S1.
Desplazamiento anterior de L5 sobre S1 de 16 mm a pesar de que tiene barras ortopedica con tornillos traspediculares entre L5 y S1.

FERGUSON

HALLAZGOS:
La densidad ósea es normal, los agujeros sacros son normales, las articulaciones sac aprecian de aspecto normales.
Crestas ilíacas normales.
Caderas normales.

Información de la dosis

Dosis total entrada en superficie 13.9 mGy
El # de imagenes tomadas fue: 4

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Atentamente,

J. Erazo.

Dr Jairo Manuel Erazo

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 16719326 **Edad:** 52 años Masculino
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
879201 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMB

No. Estudio: 1923862 26 de Diciembre 2017
Reporte: Tomografico
Servicio: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
COLUMNA LUMBAR

TÉCNICA:
En equipo multidetector de 128 filas se realizaron cortes axiales, realizando reconstrucciones multiplanares, observando:

HALLAZGOS:
Se observan cambios post-quirúrgicos con elementos de fijación posterior, existiendo barras y tornillos transpediculares en L5 y S1 los cuales están en aparente adecuada posición, no hay signos de aflojamiento del material.
Se observa a nivel de S1 en el lado derecho un tornillo suelto probablemente por instrumentación previa.
Hay anterolistesis grado de L5 sobre S1 y estenosis asociada de ambos neuroforámenes.
Disminución de altura del disco L5-S1 con fenómeno de vacío, no se observa fusión de este espacio.
Los demás discos conservan adecuada altura.
La valoración del canal central en L5-S1 está limitada por el artificio producido por el material de fijación.
La altura de los cuerpos vertebrales está conservada, no hay evidencia de fracturas ni lesiones óseas expansivas.
En los demás niveles evaluados no se identifican hernias de disco ni estenosis significativa del canal central o de los neuroforámenes.
No hay colecciones epidurales ni masas paraespinales.
Correlación clínica.

Información de la dosis

Dosis efectiva 3.55 mSv

MD Radiologo
Atentamente,

Dr Daniel Mauricio Varon Orjuela

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 16719326 **Edad:** 52 años Masculino
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

No. Estudio: 1939428 31 de Enero 2018
Reporte: Radiologico
Servicio: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
COLUMNA LUMBOSACRA CON FOCO EN L5 ,S1

TÉCNICA:
En equipo digital se realiza el presente estudio:

HALLAZGOS:

Anterolistesis grado II de L5 sobre S1 inmovilizada con las barras de columna de L5-S1 fijadas con tornillos.

Información de la dosis

Dosis total entrada en superficie 7.97 mGy
El # de imagenes tomadas fue: 3

Médico Radiólogo
Atentamente,

Dra Ofelia Valencia Arbelaez

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 16719326 **Edad:** 52 años Masculino
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
8710401 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA LATERAL Y OBLICUAS

No. Estudio: 1958182 8 de Marzo 2018
Reporte: Radiologico
Servicio: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
COLUMNA LUMBOSACRA LATERAL Y OBLICUAS

TÉCNICA:
En sistema digital se realiza el estudio, observándose:

HALLAZGOS:
Densidad ósea y patrón trabecular normal.
La altura de los cuerpos vertebrales esta conservada.
Hay anterolistesis grado II de L5 sobre S1, existiendo desplazamiento de aproximadamente 1.4 cm. Elementos de fijación posterior con tornillos en L5 y en S1 en aparente adecuada posición.
Disminución de altura del disco L5-S1 con discopatía degenerativa, los demás espacios intervertebrales están conservados.
Leve disminución en la amplitud de los neuroforámenes de L5-S1.

Información de la dosis

Dosis total entrada en superficie 22.14 mGy
El # de imagenes tomadas fue: 3

MD Radiologo
Atentamente,

Dr Daniel Mauricio Varon Orjuela

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 16719326 **Edad:** 52 años Masculino
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

No. Estudio: 1966209 26 de Marzo 2018
Reporte: Radiologico
Servicio: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:
COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:
En sistema digital se realiza el presente estudio, observándose:

HALLAZGOS:
Las estructuras óseas visualizadas de densidad y patrón trabecular normal.
No hay evidencia de lesiones líticas, blásticas ni focos de fracturas.
No hay signos de lisis ni listesis.
Hay una ligera retrolistesis grado I menor de un 25% de L4 sobre L5 y una anterolistesis de aproximadamente un 25% de L5 sobre S1 con importante disminución del espacio intervertebral L5-S1.
Cambios post-quirúrgicos con material de osteosíntesis en buena posición sin signos de aflojamiento que fija la columna en L5-S1.
Hay cambios degenerativos de espondiloartrosis en los diferentes cuerpos vertebrales.
Hay una ligera actitud escoliótica de convexidad izquierda sin componente rotacional asociado.
No hay basculación de la pelvis.
Tejidos blandos sin alteraciones.
Placas de ateromas calcificados en paredes de aorta.

Información de la dosis

Dosis total entrada en superficie 4.41 mGy
El # de imagenes tomadas fue: 2

MD Radiólogo
Atentamente,

Dr Carlos Hugo Moreno Ortiz

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 16719326 **Edad:** 52 años
Medico Remitente: COLLAZOS E ANDRES
Descripción CUPS
881302 ABDOMEN TOTAL: (VESICULA,VIAS BILIARES,HIGADO,PANCREAS,RIÑON -(Ecografia de)

No. Estudio: 1979519 25 de Abril 2018
Reporte: Ultrasonido
Servicio: null

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

ABDOMEN TOTAL: (VESICULA,VIAS BILIARES,HIGADO,PANCREAS,RIÑON -(Ecografia de)

TÉCNICA:
Con transductor de 5Mhz se realizan múltiples rastreos, observando:

HALLAZGOS:
Hígado: Presenta forma y contorno normal. Presenta aumento de tamaño y aumento generalizado y homogéneo de su ecogenicidad lo que sugiere hígado graso.
No hay evidencia de lesiones focales quísticas ni sólidas en su parénquima.
No hay dilatación de la vía biliar intra, ni extrahepática y el colédoco mide 5.7 mm de diámetro mayor.
Vesícula: Distendida, de paredes delgadas sin imágenes de cálculos, pólipos ni barro biliar en su interior. No se observan colecciones peri-vesiculares.
Páncreas: De forma, contorno y tamaño normal, no hay lesiones quísticas ni sólidas, no hay dilatación de conducto principal ni colecciones peri-pancreáticas.
Aorta y vena cava: De calibre normal, no se observan adenopatías retroperitoneales.
Riñones: Ambos riñones son de forma, contorno y tamaño normal, presentan adecuada diferenciación córtico medular, no hay lesiones quísticas, lesiones sólidas ni calcificaciones. No hay colecciones perirrenales.
Bazo: De forma, contorno y tamaño normal, que mide 10.7 cm en su eje longitudinal mayor.
Vejiga: Distendida de paredes delgadas, sin cálculos o lesiones en su interior.
Próstata hipoecoica, redondeada, ligeramente aumentada de tamaño con un volumen aproximado de 28 cm^3.
No hay líquido libre intraabdominal.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:
Cambios en el parénquima hepático compatibles con hígado graso.
Ligero aumento del volumen prostático.
Resto del estudio dentro de parámetros normales.

MD Radiólogo
Atentamente,

Dr Carlos Hugo Moreno Ortiz

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Santiago de Cali, 26 de Febrero 2019

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 53 años
Medico Remitente: CASAS GERARDO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Estudio: 2123494
Reporte: Radiologia
Servicio Remitente:

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

INDICACION: Trauma.

TÉCNICA:

En sistema digital se realiza el presente estudio:

HALLAZGOS:

Barras de fijación y tornillos transpediculares a nivelL4,l5 5 y S1.

Dispositivo para mantener la distancia a nivel del disco L5-S1.

Placas de ateroma calcificadas en la aorta abdominal distal.

Ausencia de elementos posteriores a nivel L5.

Dispositivo con electrodos proyectado en hemiabdomen derecho (neuroestimulador)

Información de la Dosis

Dosis total entrada en superficie 5.74 mGy

El # de imagenes tomadas fue: 3

Atentamente,

Dr Hugo Fernandez Suarez
Radiología e Imágenes Diagnósticas RM: 5768/92

Santiago de Cali, 26 de Febrero 2019

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 53 años
Medico Remitente: CASAS GERARDO
Descripción CUPS
879201 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORACICO, LUMBAR Y/O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)

Estudio: 2123493
Reporte: Tomografico
Servicio Remitente:

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

DATOS CLÍNICOS: Hipoestesia en territorio de S1.

TÉCNICA:

Con equipo multidetectores se realiza evaluación de columna lumbosacra sin aplicación de contraste endovenoso, observando:

HALLAZGOS:

Disminución de la densidad ósea y aumento del patrón trabecular en relación a osteopenia.

Rectificación de columna lumbosacra con pérdida de la curvatura lordótica normal.

La altura de los cuerpos vertebrales se preserva.

Cambios espondilóticos multinivel.

Cage intervertebral L5-S1 con artrodesis posterior identificando tornillos transpediculares L4, L5 y S1 con barras de fijación posterior. Hay evidencia de fusión L5-S1.

Anterolistesis grado I de L5-S1 con fijación externa.

Laminectomía bilateral L5-S1.

Abombamiento difuso del anillo fibroso L4-L5 y L5-S1 sin efecto compresivo significativo para el canal central.

Estenosis foraminal bilateral L5-S1 de predominio derecho con pérdida de la grasa peri-radicular, hallazgo que puede justificar efecto compresivo para raíz emergente L5 derecha.

Las raíces S1 no son satisfactoriamente valorables por artefacto generado por material de osteosíntesis.

Cambios degenerativos de articulaciones sacroilíacas.

No hay signos de aflojamiento del material de osteosíntesis.

Hay presencia de bateria de neuroestimulador en región lumbar derecha.

Lesiones líticas erosivas en alerón ilíaco bilateral a correlacionar con antecedentes con bordes esclerosos sin compromiso de tejidos blandos.

Cambios post-quirúrgicos de musculatura paravertebral.

Correlación clínica.

Atentamente,

Dr Jheison Vallejo Diaz
MD Radiólogo - Neuroradiología RM: 760633/05

Santiago de Cali, 24 de Enero 2019

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
Estudio: 2105496
CC : 16719326 **Edad:** 53 años
Reporte: Radiologia
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Servicio Remitente:
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA CON APOYO AP Y LATERAL

CLÍNICA: Sin datos médicos. El paciente refiere control post-quirúrgico.

TÉCNICA:

En sistema digital se obtuvo proyección AP y lateral con apoyo, observándose:

HALLAZGOS:

Se observa material de osteosíntesis consistente en barras y tornillos transpedunculares que van desde L4 hasta S1, con aparente fractura de uno de los tornillos del lado derecho, probablemente el ubicado a nivel de S1.

Hay marcadores metálicos de disco protésico en L5-S1 ubicados en el espacio correspondiente con anterolistesis grado I de L5 sobre S1.

No observo escoliosis.

Se observa injerto óseo adyacente al material de osteosíntesis.

Atentamente,



Dr Gabriel Salom Piza
Radiología e Imágenes Diagnósticas RM: 015250/90

Santiago de Cali, 6 de Julio 2017

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 51 años
Medico Remitente: FAJARDO SANMARTIN MARIA M.
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Estudio: 1847079
Reporte: Radiologia
Servicio Remitente: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:

En sistema digital se obtuvo proyección AP y lateral, observándose:

HALLAZGOS:

La densidad ósea normal al igual que la altura de los cuerpos vertebrales.

La altura del disco L2-S1 está disminuida. En este nivel hay anterolistesis grado II con signos sugestivos de espondilolisis así como material de instrumentación posterior con tornillos transpedunculares en L5 y S1. Uno de los tornillos del lado derecho se observa fracturado.

No hay escoliosis.

Hay signos de laminectomía en L5-S1.

En la pared de la aorta abdominal se observan algunas placas de ateromas calcificadas.

El eje de carga lumbar está anterior.

Atentamente,

Dr Gabriel Salom Piza
Radiología e Imágenes Diagnósticas

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Santiago de Cali, 7 de Agosto 2017

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 51 años
Medico Remitente: GERARDO CASAS CASTILLO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Estudio: 1861213
Reporte: Radiologia
Servicio Remitente: HOSPITALIZACION

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:

En sistema digital se realiza el presente estudio:

HALLAZGOS:

Placas de ateroma calcificadas en topografía de la aorta abdominal.

Listesis grado I de L5 sobre S1.

Elementos de fijación posterior (tornillos transpediculares en L5-S1 y barras) sin signos de aflojamiento.

Abundantes residuos de materia fecal en colon.

Coxas profundas bilaterales.

Relaciones articulares sacroilíacas conservadas.

Atentamente,

Dr Hugo Fernandez Suarez
Radiología e Imágenes Diagnósticas

Santiago de Cali, 15 de Septiembre 2017

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 51 años
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Estudio: 1879796
Reporte: Radiologia
Servicio Remitente: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:

En sistema digital se realiza el presente estudio, observándose:

HALLAZGOS:

Instrumentación quirúrgica con tornillos transpediculares a nivel lumbar inferior con adecuada alineación ósea.

No hay masas óseas ni para-vertebrales.

La pared de la aorta abdominal muestra calcificaciones ateromatosas.

Atentamente,

Dr Luis Hernan Jimenez
Médico Radiólogo

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Santiago de Cali, 19 de Diciembre 2018

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 53 años
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Estudio: 2090356
Reporte: Radiologia
Servicio Remitente:

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA PA Y LATERAL, FOCO EN L5 - S1

TÉCNICA:

En sistema digital se realiza el presente estudio:

HALLAZGOS:

Barras de fijación y tornillos transpediculares a nivel L4, L5 y S1.

Se observa un dispositivo para mantener la distancia en el espacio discal L5-S1.

Hay dispositivo localizado en los tejidos blandos en la región postero lateral derecha, adyacente a la columna lumbar a la altura de L4-L5.

Relaciones articulares sacroilíacas y coxofemorales conservadas.

Coxas profundas.

Actitud antálgica de convexidad derecha de la columna lumbar.

Anterolistesis grado I de L5.

Atentamente,



Dr Hugo Fernandez Suarez
Radiología e Imágenes Diagnósticas RM: 5768/92

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Santiago de Cali, 26 de Febrero 2019

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 53 años
Medico Remitente: CASAS GERARDO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Estudio: 2123494
Reporte: Radiologia
Servicio Remitente:

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

INDICACION: Trauma.

TÉCNICA:

En sistema digital se realiza el presente estudio:

HALLAZGOS:

Barras de fijación y tornillos transpediculares a nivelL4,l5 5 y S1.
Dispositivo para mantener la distancia a nivel del disco L5-S1.
Placas de ateroma calcificadas en la aorta abdominal distal.
Ausencia de elementos posteriores a nivel L5.
Dispositivo con electrodos proyectado en hemiabdomen derecho (neuroestimulador)

Información de la Dosis

Dosis total entrada en superficie 5.74 mGy
El # de imagenes tomadas fue: 3

Atentamente,



Dr Hugo Fernandez Suarez
Radiología e Imágenes Diagnósticas RM: 5768/92

Santiago de Cali, 26 de Marzo 2018

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 52 años
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Estudio: 1966209
Reporte: Radiologia
Servicio Remitente:

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:

En sistema digital se realiza el presente estudio, observándose:

HALLAZGOS:

Las estructuras óseas visualizadas de densidad y patrón trabecular normal.

No hay evidencia de lesiones líticas, blásticas ni focos de fracturas.

No hay signos de lisis ni listesis.

Hay una ligera retrolistesis grado I menor de un 25% de L4 sobre L5 y una anterolistesis de aproximadamente un 25% de L5 sobre S1 con importante disminución del espacio intervertebral L5-S1.

Cambios post-quirúrgicos con material de osteosíntesis en buena posición sin signos de aflojamiento que fija la columna en L5-S1.

Hay cambios degenerativos de espondiloartrosis en los diferentes cuerpos vertebrales.

Hay una ligera actitud escoliótica de convexidad izquierda sin componente rotacional asociado.

No hay basculación de la pelvis.

Tejidos blandos sin alteraciones.

Placas de ateromas calcificados en paredes de aorta.

Información de la dosis

Dosis total entrada en superficie 4.41 mGy

El # de imagenes tomadas fue: 2

Atentamente,

Dr Carlos Hugo Moreno Ortiz
MD Radiólogo

Santiago de Cali, 31 de Enero 2018

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 52 años
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Estudio: 1939428
Reporte: Radiologia
Servicio Remitente: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA CON FOCO EN L5 ,S1

TÉCNICA:

En equipo digital se realiza el presente estudio:

HALLAZGOS:

Anterolistesis grado II de L5 sobre S1 inmovilizada con las barras de columna de L5-S1 fijadas con tornillos.

Información de la dosis

Dosis total entrada en superficie 7.97 mGy
El # de imagenes tomadas fue: 3

Atentamente,

ava.

Dra Ofelia Valencia Arbelaez
Médico Radiólogo

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Santiago de Cali, 7 de Septiembre 2017

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 51 años
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Estudio: 1875887
Reporte: Radiologia
Servicio Remitente: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA:

TÉCNICA:

En sistema digital se obtuvo proyección AP y lateral, observándose:

HALLAZGOS:

La densidad ósea es normal al igual que la altura de los cuerpos vertebrales.

Hay material de osteosíntesis entre el último segmento móvil de la columna lumbar y el primer sacro, consistente en tornillos transpedunculares y fijación posterior.

Se observa anterolistesis grado I en este nivel y disminución significativa de la altura del disco correspondiente.

No hay escoliosis.

En todos los cuerpos vertebrales hay osteofitos incipientes.

En la aorta abdominal se observan placas de ateromas calcificadas.

Atentamente,

Dr Gabriel Salom Piza
Radiología e Imágenes Diagnósticas

Santiago de Cali, 8 de Marzo 2018

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
Estudio: 1958182
CC : 16719326 **Edad:** 52 años
Reporte: Radiologia
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Servicio Remitente: -

Descripción CUPS
8710401 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA LATERAL Y OBLICUAS

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA LATERAL Y OBLICUAS

TÉCNICA:

En sistema digital se realiza el estudio, observándose:

HALLAZGOS:

Densidad ósea y patrón trabecular normal.

La altura de los cuerpos vertebrales esta conservada.

Hay anterolistesis grado II de L5 sobre S1, existiendo desplazamiento de aproximadamente 1.4 cm. Elementos de fijación posterior con tornillos en L5 y en S1 en aparente adecuada posición.

Disminución de altura del disco L5-S1 con discopatía degenerativa, los demás espacios intervertebrales están conservados.

Leve disminución en la amplitud de los neuroforámenes de L5-S1.

Información de la dosis

Dosis total entrada en superficie 22.14 mGy

El # de imagenes tomadas fue: 3

Atentamente,

Dr Daniel Mauricio Varon Orjuela
MD Radiologo

Santiago de Cali, 9 de Agosto 2019

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 53 años
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Estudio: 2204606
Reporte: Radiologia
Servicio Remitente:

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA: En sistema digital se realiza el presente estudio:

HALLAZGOS:

Discreta disminución difusa en la densidad ósea.

Cambios post quirúrgicos con material metálico tipo barras paralelas y tornillos transpediculares a la altura de L4, L5 y S1.

Fractura del tornillo transpedicular derecho de S1.

Imagen sugestiva de espaciador intervertebral L5-S1.

Disminución asimétrica en la amplitud de espacios intervertebrales asociado a esclerosis de superficies articulares y formación de osteofitos marginales compatibles con cambios degenerativos discales.

Cambios artrósicos facetarios lumbares bajos.

Imagen sugestiva electrodo de neuroestimulación en tejidos blandos de región paraespinal derecha con electrodos proyectados a columna dorsolumbar.

Los demás elementos posteriores y tejidos blandos de apariencia usual.

Enfermedad ateromatosa de aorta abdominal.

Información de la Dosis

Dosis total entrada en superficie 7.27 mGy

El # de imagenes tomadas fue: 3

Atentamente,

Dr Andres Felipe Ortiz Giraldo
Médico Radiólogo

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Santiago de Cali, 9 de Noviembre 2018

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 53 años
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Estudio: 2071638
Reporte: Radiologia
Servicio Remitente:

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA CON APOYO AP, LATERAL Y CONO L5-S1

CLÍNICA: Instrumentación L4-S1.

TÉCNICA:

En sistema digital se realiza el presente estudio, observándose:

HALLAZGOS:

Densidad y trabeculación ósea disminuida.

No hay lesiones líticas ni blásticas.

No se observan fracturas por aplastamiento, presencia de hemivértebras ni fusión de cuerpos vertebrales.

Se observa fijación transpeduncular L4, L5 y S1.

Se observa material de osteosíntesis a nivel del espacio intervertebral L5-S1.

Atentamente,

Dr Carlos Alberto Gonzalez Herrada
Radiólogo Intervencionista RM: 998/95

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Santiago de Cali, 11 de Octubre 2019

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 53 años
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Estudio: 2235798
Reporte: Radiologia
Servicio Remitente:

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA CON APOYO AP Y LATERAL

CLÍNICA: Instrumentación L4, L5 y S1.

TÉCNICA:

En sistema digital se realiza el presente estudio, observando:

HALLAZGOS:

La densidad ósea es normal, la altura de los cuerpos vertebrales está conservada, hay instrumentación quirúrgica posterior en la columna lumbar con barras de fijación ortopédica con tornillos transpediculares entre los cuerpos vertebrales de L4, L5 y S1, con cambios post-quirúrgicos a nivel del disco L5-S1, hay cambios de espondilosis en la columna lumbar, no hay desplazamientos anteriores ni posteriores de los cuerpos vertebrales de la columna lumbar.

Sacro, agujeros sacros y articulaciones sacroilíacas normales.

Crestas ilíacas ligeramente asimétricas, estando un poco más alta la izquierda que la derecha.

COMENTARIO:

Cambios de espondilosis en columna lumbar.

Cambios post-quirúrgicos con instrumentación posterior entre L4 y S1 y en el disco L5-S1.

Atentamente,

J. Erazo.

Dr Jairo Manuel Erazo
Médico Radiólogo RM: 01700/84

Santiago de Cali, 13 de Mayo 2019

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 53 años
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO

Estudio: 2161759
Reporte: Radiologia
Servicio Remitente:

Descripción CUPS	
871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA
871060	RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL (AP Y LAT)

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:

En sistema digital se obtuvo proyección AP y lateral, observándose:

HALLAZGOS:

La densidad ósea es normal al igual que la altura de los cuerpos vertebrales.

Hay cambios post-quirúrgicos con laminectomía a nivel de L5. Se observan barras de fijación posterior desde L4 hasta S1, con tornillos transpedunculares.

Los tornillos a nivel de S1 sobrepasan ligeramente el promontorio del sacro.

Hay marcadores radio opacos por prótesis del disco L5-S1 en aparente buena posición.

El foramen neural L5-S1 está disminuido.

En el resto de los niveles la altura de los discos está conservada.

Hay osteofitos incipientes especialmente en L2, L3 y L4.

No se observa escoliosis ni espondilolistesis.

El material de fijación posterior se observa íntegro tanto a nivel de las barras como en los tornillos.

En el lado derecho de S1 se observa pequeño fragmento distal de tornillo de osteosíntesis.

En la aorta abdominal hay múltiples placas de ateroma calcificado.

PANORÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL

Se obtuvo proyección con apoyo en chasis de 36 pulgadas, observándose:

HALLAZGOS:

La altura de los cuerpos vertebrales y de los espacios intervertebrales conservada en todos los niveles.

La altura de T8 se observa electro-estimulador intracanal.

No hay escoliosis ni espondilolistesis.

Los pedículos están integros.

Atentamente,



Dr Gabriel Salom Piza
Radiología e Imágenes Diagnósticas RM: 015250/90

Santiago de Cali, 13 de Octubre 2017

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 51 años
Medico Remitente: GERARDO CASAS
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Estudio: 1892591
Reporte: Radiologia
Servicio Remitente: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:

En sistema digital se realiza el presente estudio, observándose:

HALLAZGOS:

Antecedente de instrumentación y fijación transpeduncular L5-S1.

Densidad y trabeculación osea ligeramente disminuida.

No hay lesiones líticas, lesiones blásticas ni fracturas por aplastamiento, presencia de hemivertebras ni fusión de cuerpos vertebrales.

Anterolistesis del cuerpo vertebral de L4 sobre L5 grado I, fijación transpeduncular L5-S1.

Alteración del eje biomecánico de la columna.

Articulaciones sacroiliacas de amplitud ligeramente disminuida.

Información de la dosis

Dosis total entrada en superficie 8.79 mGy

El # de imagenes tomadas fue: 3

Atentamente,

Dr Carlos Alberto Gonzalez Herrada
Radiólogo Intervencionista

RAYOS-X

SANTIAGO DE CALI, VIERNES, 17 DE FEBRERO DE 2017

GERARDO CASAS CASTILLO ***1783046***

FACTURA:IU3-992085314 ***IDENTIFICACION:CC 16719326***

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA

871040 - RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:
En sistema digital se realiza el presente estudio, observándose:

HALLAZGOS:

Se observa listesis grado I de L5 sobre S1.
Elementos de fijación posterior (barras y tornillos transpediculares a nivel L5-S1.
Ausencia parcial de los elementos posteriores a nivel L5.
Relaciones articulares sacroilíacas y coxofemorales conservadas.
Placas de ateromas calcificadas a nivel de la aorta abdominal.
Gas en ampolla rectal.

Atentamente,



DR. HUGO FERNANDEZ SUAREZ
crg

Santiago de Cali, 18 de Diciembre 2017

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
Estudio: 1921292
CC : 16719326 **Edad:** 54 años
Reporte: Radiologia
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Servicio Remitente:

Descripción CUPS	
871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA
871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:

en sistema digital se realiza el presente estudio, hallazgos:

HALLAZGOS:

La densidad ósea es normal, el eje la columna se encuentra conservado, los pediculos y la distancia interpedicular son normales, hay cambios por-quirúrgicos con barras de fijación posterior con tornillos transpediculares entre L5 y S1, en correcta posición, disminución de altura del disco L5-S1 por discopatía degenerativa, desplazamiento anterior de L5 sobre S1 de 16 mm.

Sacro, agujeros sacros normales, al igual que articulaciones sacroilíacas.

Calcificación ateromatosa de la aorta abdominal.

COMENTARIO:

Discopatía degenerativa L5-S1.

Desplazamiento anterior de L5 sobre S1 de 16 mm a pesar de que tiene barras de fijación ortopedica con tornillos traspediculares entre L5 y S1.

FERGUSON

HALLAZGOS:

La densidad ósea es normal, los agujeros sacros son normales, las articulaciones sacro-ilíacas de aprecian de aspecto normales.

Crestas ilíacas normales.

Caderas normales.

Información de la dosis

Dosis total entrada en superficie 13.9 mGy

El # de imagenes tomadas fue: 4

Atentamente,

Dr Jairo Manuel Erazo
Médico Radiólogo

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Santiago de Cali, 18 de Junio 2018

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 52 años
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Estudio: 2004701
Reporte: Radiologia
Servicio Remitente:

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:

En sistema digital se realiza el presente estudio, observándose:

HALLAZGOS:

Hay material de osteosíntesis con tornillos traspediculares en L5-S1, en buena posición, sin signos de aflojamiento.
Hay una anterolistesis grado II de L5 sobre S1 con disminución importante del espacio intervertebral a este nivel.
Discretos cambios degenerativos de espondiloartrosis en los diferentes cuerpos vertebrales.
No hay signos de rotoescoliosis.
No hay basculación de la pelvis.
Tejidos blandos no muestran alteraciones de importancia.
Ateromatosis calcificada en paredes de aorta.

Atentamente,

Dr Carlos Hugo Moreno Ortiz
MD Radiólogo

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Santiago de Cali, 31 de Enero 2018

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 52 años
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
871040 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Estudio: 1939428
Reporte: Radiologia
Servicio Remitente: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA CON FOCO EN L5 ,S1

TÉCNICA:

En equipo digital se realiza el presente estudio:

HALLAZGOS:

Anterolistesis grado II de L5 sobre S1 inmovilizada con las barras de columna de L5-S1 fijadas con tornillos.

Información de la dosis

Dosis total entrada en superficie 7.97 mGy
El # de imagenes tomadas fue: 3

Atentamente,

Dra Ofelia Valencia Arbelaez
Médico Radiólogo

Santiago de Cali, 11 de Diciembre 2019

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
Estudio: 2265046
CC : 16719326 **Edad:** 54 años
Reporte: Radiologia
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Servicio Remitente:
Descripción CUPS
8710401 RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA LATERAL Y OBLICUAS

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA Y DINAMICAS

TÉCNICA:

En sistema digital se realiza el presente estudio, observándose:

La densidad ósea es normal, el eje la columna se encuentra conservado, la altura de los cuerpos vertebrales es normal, hay cambios post quirúrgicos a nivel de la columna lumbar con barras de fijación ortopédica con tornillos transpediculares entre L4, L5 y S1 en correcta posición.

Cambios post quirúrgicos en el disco L5-S1, se observa una desplazamiento anterior de L5 sobre S1 el cual es de 6 mm en neutro, en flexión persiste en 6 mm y en extensión continua en 6 mm.

Procesos transversos, pedículos y distancia interpedicular normales.

Sacro normal, los agujeros sacros y articulaciones sacroilíacas son normales.

Crestas ilíacas ligeramente asimétricas estando más alta la izquierda que la derecha en 0.7 cm.

Comentario:

Cambios post quirúrgicos en columna lumbar con barras de fijación ortopédica con tornillos transpediculares en correcta posición.

Desplazamiento anterior de L5 sobre S1 el cual esta estable sin movilidad a ese nivel.

Cambios post quirúrgicos en el disco L5-S1.

Atentamente,

J. Eraso.

Dr Jairo Manuel Erazo
Médico Radiólogo RM: 01700/84

RAYOS-X

SANTIAGO DE CALI, VIERNES, 17 DE FEBRERO DE 2017

GERARDO CASAS CASTILLO ***1783046***

FACTURA:IU3-992085314 ***IDENTIFICACION:CC 16719326***

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA

871040 - RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:
En sistema digital se realiza el presente estudio, observándose:

HALLAZGOS:

Se observa listesis grado I de L5 sobre S1.
Elementos de fijación posterior (barras y tornillos transpediculares a nivel L5-S1.
Ausencia parcial de los elementos posteriores a nivel L5.
Relaciones articulares sacroilíacas y coxofemorales conservadas.
Placas de ateromas calcificadas a nivel de la aorta abdominal.
Gas en ampolla rectal.

Atentamente,



DR. HUGO FERNANDEZ SUAREZ
crg

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Santiago de Cali, 8 de Marzo 2017

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 51 años
Medico Remitente: VANESSA TOVAR LLANOS
Descripción CUPS
883230 RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE

Estudio: 1792872
Reporte: Resonancia
Servicio Remitente: HOSPITALIZACION

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA CON GADOLINIO

TÉCNICA:

Se practicaron secuencias axiales y sagitales en T1 y T2, sagital en supresión grasa, observándose:

HALLAZGOS:

Cuerpos vertebrales de tamaño normal con pérdida de la intensidad de señal de los discos intervertebrales lumbares por deshidratación de ellos.

Presencia de una anterolistesis grado I de L5 sobre S1 por fractura de la pars inter articular.

Presencia de tornillos transpediculares en L5-S1 los cuales generan artificios de susceptibilidad magnética pero no tienen compromiso del canal espinal ni de los forámenes neurales.

Protrusión del anillo fibroso del disco a la altura de L5-S1 en forma central y paramediana bilateral con componente foraminal que sumada a la anterolistesis favorece una estenosis foraminal bilateral que puede explicar radiculopatía de L5 a su salida.

Con la aplicación de material de contraste aparece un reforzamiento hacia el tejido celular subcutáneo en la parte posterior, sobre todo en L5 asociado a evento quirúrgico previo con una pequeña colección con intensidad de señal líquido que mide aproximadamente 6 cm de diámetro dorsoventral x 1.3 cm de diámetro anteroposterior que puede corresponder a seroma o eventualmente una fístula de líquido cefalorraquídeo contenida.

Con la aplicación del material de contraste no hay reforzamientos en el espacio subaracnoideo que sugieran aracnoiditis.

Cono medular de tamaño e intensidad de señal normal termina a la altura de T12-L1.

Cambios facetarios consistentes en hipertrofia y esclerosis desde L2-L3 a L5-S1.

Atentamente,

Dr William Escobar
Neurorradiologo

Santiago de Cali, 4 de Julio 2018

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 52 años
Medico Remitente:
Descripción CUPS
883230 RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE

Estudio: 2011837
Reporte: Resonancia
Servicio Remitente:

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA CON GADOLINIO

DATOS CLÍNICOS: Espondilolistesis - fibrosis epidural.

TÉCNICA:

Con magneto superconductor de 3 Tesla se realiza evaluación de columna lumbosacra utilizando secuencias T1 y T2, axial y sagital, STIR sagital con aplicación de gadolinio, observando:

HALLAZGOS:

Rectificación de columna lumbosacra con pérdida de la curvatura lordótica normal.

La altura de los cuerpos vertebrales se preserva.

Disminución en la amplitud del espacio intervertebral L5-S1 con deshidratación del disco intervertebral por cambios osteocondróticos.

Anterolistesis grado II de L5 sobre S1.

Artrodesis posterior lumbosacra con tornillos transpediculares L5-S1 y barra de fijación posterior.

Laminectomía bilateral L5-S1.

Descubrimiento posterior del disco L5-S1 sin efecto compresivo significativo para el canal central.

Estenosis foraminal bilateral L5-S1 de predominio derecho con pérdida de la grasa peri-radicular hallazgo que puede justificar efecto compresivo para raíces emergentes.

Cono medular a la altura de L1. Raíces de la cauda equina de apariencia normal.

Con la aplicación del contraste endovenoso no hay captaciones o realces anormales.

Correlación clínica.

Atentamente,

JVALLEJO

Dr Jheison Vallejo Diaz
MD Radiólogo - Neuroradiología

Santiago de Cali, 20 de Octubre 2017

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
Estudio: 1895601
CC : 16719326 **Edad:** 52 años
Reporte: Tomografico
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Servicio Remitente: -
Descripción CUPS
879201 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, T

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:

Con equipo multidetectores se obtuvieron imágenes volumétricas a nivel de la columna lumbosacra, sin medio de contraste, observándose:

HALLAZGOS:

Densidad ósea y patrón trabecular normal.

Rectificación de columna lumbosacra con pérdida de la curvatura lordótica normal.

La altura de los cuerpos vertebrales se preserva. Cambios espondilóticos leves multinivel.

Disminución en la amplitud del espacio intervertebral L5-S1 con esclerosis del platillo vertebral y fenómeno de vacio por cambios osteocondróticos.

Anterolistesis grado I de L5 sobre S1 con fijación posterior identificando artrodesis posterior L5-S1.

Laminectomía bilateral L5-S1 con barras de fijación posterior observando tornillos trasnpediculares L5-S1 sin signos de aflojamiento.

Abombamiento difuso del anillo fibroso en los niveles L4-L5 y L5-S1 sin efecto compresivo significativo para el canal central.

Estenosis foraminal bilateral L5-S1 con perdida de la grasa peri-radicular, hallazgo que puede justificar efecto compresivo para raíces emergentes.

Cambios degenerativos de articulaciones sacro-ilíacas.

Lesión de apariencia lítica hacia el aspecto posterior del alerón ilíaco derecho con disrupción de la cortical a correlacionar con antecedentes y estudios adicionales si clínicamente lo amerita.

Cambios post-quirúrgicos en musculatura paravertebral sin colecciones asociadas.

Correlación clínica.

Información de la dosis

Dosis efectiva 3.342 mSv

Atentamente,

JVALLEJO

Dr Jheison Vallejo Diaz
MD Radiólogo - Neuroradiología

Santiago de Cali, 20 de Octubre 2017

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
Estudio: 1895601
CC : 16719326 **Edad:** 52 años
Reporte: Tomografico
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Servicio Remitente: -
Descripción CUPS
879201 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, T

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:

Con equipo multidetectores se obtuvieron imágenes volumétricas a nivel de la columna lumbosacra, sin medio de contraste, observándose:

HALLAZGOS:

Densidad ósea y patrón trabecular normal.

Rectificación de columna lumbosacra con pérdida de la curvatura lordótica normal.

La altura de los cuerpos vertebrales se preserva. Cambios espondilóticos leves multinivel.

Disminución en la amplitud del espacio intervertebral L5-S1 con esclerosis del platillo vertebral y fenómeno de vacio por cambios osteocondróticos.

Anterolistesis grado I de L5 sobre S1 con fijación posterior identificando artrodesis posterior L5-S1.

Laminectomía bilateral L5-S1 con barras de fijación posterior observando tornillos trasnpediculares L5-S1 sin signos de aflojamiento.

Abombamiento difuso del anillo fibroso en los niveles L4-L5 y L5-S1 sin efecto compresivo significativo para el canal central.

Estenosis foraminal bilateral L5-S1 con perdida de la grasa peri-radicular, hallazgo que puede justificar efecto compresivo para raíces emergentes.

Cambios degenerativos de articulaciones sacro-ilíacas.

Lesión de apariencia lítica hacia el aspecto posterior del alerón ilíaco derecho con disrupción de la cortical a correlacionar con antecedentes y estudios adicionales si clínicamente lo amerita.

Cambios post-quirúrgicos en musculatura paravertebral sin colecciones asociadas.

Correlación clínica.

Información de la dosis

Dosis efectiva 3.342 mSv

Atentamente,

JVALLEJO

Dr Jheison Vallejo Diaz
MD Radiólogo - Neuroradiología

Santiago de Cali, 26 de Febrero 2019

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
Estudio: 2123493
CC : 16719326 **Edad:** 53 años
Reporte: Tomografico
Medico Remitente: CASAS GERARDO
Servicio Remitente:
Descripción CUPS
879201 TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORACICO, LUMBAR Y/O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

DATOS CLÍNICOS: Hipoestesia en territorio de S1.

TÉCNICA:

Con equipo multidetectores se realiza evaluación de columna lumbosacra sin aplicación de contraste endovenoso, observando:

HALLAZGOS:

Disminución de la densidad ósea y aumento del patrón trabecular en relación a osteopenia.

Rectificación de columna lumbosacra con pérdida de la curvatura lordótica normal.

La altura de los cuerpos vertebrales se preserva.

Cambios espondilóticos multinivel.

Cage intervertebral L5-S1 con artrodesis posterior identificando tornillos transpediculares L4, L5 y S1 con barras de fijación posterior. Hay evidencia de fusión L5-S1.

Anterolistesis grado I de L5-S1 con fijación externa.

Laminectomía bilateral L5-S1.

Abombamiento difuso del anillo fibroso L4-L5 y L5-S1 sin efecto compresivo significativo para el canal central.

Estenosis foraminal bilateral L5-S1 de predominio derecho con pérdida de la grasa peri-radicular, hallazgo que puede justificar efecto compresivo para raíz emergente L5 derecha.

Las raíces S1 no son satisfactoriamente valorables por artefacto generado por material de osteosíntesis.

Cambios degenerativos de articulaciones sacroilíacas.

No hay signos de aflojamiento del material de osteosíntesis.

Hay presencia de bateria de neuroestimulador en región lumbar derecha.

Lesiones líticas erosivas en alerón ilíaco bilateral a correlacionar con antecedentes con bordes esclerosos sin compromiso de tejidos blandos.

Cambios post-quirúrgicos de musculatura paravertebral.

Correlación clínica.

Atentamente,

JVALLEJO

Dr Jheison Vallejo Diaz
MD Radiólogo - Neuroradiología RM: 760633/05

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Unidad de Imágenes Diagnósticas

Santiago de Cali, 1 de Marzo 2017

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 51 años
Medico Remitente: FUERTES B DARIO
Descripción CUPS
879201 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMB

Estudio: 1788998
Reporte: Tomografico
Servicio Remitente: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:

Con equipo multidetectores se obtuvieron imágenes volumétricas a nivel de la columna lumbosacra sin medio de contraste, observándose:

HALLAZGOS:

Estructuras óseas visualizadas de densidad y patrón trabecular normal.

Rectificación de columna lumbosacra, con pérdida de la curvatura lordótica normal.

La altura de los cuerpos vertebrales se preserva.

Anterolistesis grado II de L5 sobre S1, secundario a espondilolisis bilateral de L5 con fijación externa, observando tornillos transpediculares L5-S1 con barras de fijación posterior.

Disminución en la amplitud del espacio intervertebral L5-S1, con esclerosis de platillos vertebrales y fenómeno de vacío por discopatía degenerativa.

Articulaciones facetarias de apariencia normal.

Abombamiento difuso del anillo fibroso en los niveles L4-L5 y L5-S1, sin efecto compresivo significativo para el canal central.

Estenosis foraminal bilateral L5-S1 con pérdida de la grasa peri-radicular, hallazgo que puede justificar efecto compresivo para raíces emergentes.

Cambios post quirúrgicos de musculatura paravertebral con edema intersticial, probablemente por post quirúrgico reciente, a correlacionar clínicamente.

Atentamente,

Dr Jheison Vallejo Diaz
MD Radiólogo - Neuroradiología

Santiago de Cali, 26 de Diciembre 2017

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC : 16719326 **Edad:** 52 años
Medico Remitente: CASAS CASTILLO GERARDO
Descripción CUPS
879201 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMB

Estudio: 1923862
Reporte: Tomografico
Servicio Remitente: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBAR

TÉCNICA:

En equipo multidetector de 128 filas se realizaron cortes axiales, realizando reconstrucciones multiplanares, observando:

HALLAZGOS:

Se observan cambios post-quirúrgicos con elementos de fijación posterior, existiendo barras y tornillos transpediculares en L5 y S1 los cuales están en aparente adecuada posición, no hay signos de aflojamiento del material.

Se observa a nivel de S1 en el lado derecho un tornillo suelto probablemente por instrumentación previa.

Hay anterolistesis grado de L5 sobre S1 y estenosis asociada de ambos neuroforámenes.

Disminución de altura del disco L5-S1 con fenómeno de vacío, no se observa fusión de este espacio.

Los demás discos conservan adecuada altura.

La valoración del canal central en L5-S1 está limitada por el artificio producido por el material de fijación.

La altura de los cuerpos vertebrales está conservada, no hay evidencia de fracturas ni lesiones óseas expansivas.

En los demás niveles evaluados no se identifican hernias de disco ni estenosis significativa del canal central o de los neuroforámenes.

No hay colecciones epidurales ni masas paraespinales.

Correlación clínica.

Información de la dosis

Dosis efectiva 3.55 mSv

Atentamente,

Dr Daniel Mauricio Varon Orjuela

Santiago de Cali, 1 de Marzo 2017

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
Estudio: 1788998
CC : 16719326 **Edad:** 51 años
Reporte: Tomografico
Medico Remitente: FUERTES B DARIO
Servicio Remitente: -

Descripción CUPS
879201 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMB

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:

Con equipo multidetectores se obtuvieron imágenes volumétricas a nivel de la columna lumbosacra sin medio de contraste, observándose:

HALLAZGOS:

Estructuras óseas visualizadas de densidad y patrón trabecular normal.

Rectificación de columna lumbosacra, con pérdida de la curvatura lordótica normal.

La altura de los cuerpos vertebrales se preserva.

Anterolistesis grado II de L5 sobre S1, secundario a espondilolisis bilateral de L5 con fijación externa, observando tornillos transpediculares L5-S1 con barras de fijación posterior.

Disminución en la amplitud del espacio intervertebral L5-S1, con esclerosis de platillos vertebrales y fenómeno de vacío por discopatía degenerativa.

Articulaciones facetarias de apariencia normal.

Abombamiento difuso del anillo fibroso en los niveles L4-L5 y L5-S1, sin efecto compresivo significativo para el canal central.

Estenosis foraminal bilateral L5-S1 con pérdida de la grasa peri-radicular, hallazgo que puede justificar efecto compresivo para raíces emergentes.

Cambios post quirúrgicos de musculatura paravertebral con edema intersticial, probablemente por post quirúrgico reciente, a correlacionar clínicamente.

Atentamente,

Dr Jheison Vallejo Diaz
MD Radiólogo - Neuroradiología

The State of Maryland

Office of the Secretary of State

This Apostille is not valid for use anywhere within the United States of America, its territories or possessions.

This Apostille does not certify the content of the document for which it is issued.

Apostille

(Convention de La Haye du 5 Octobre 1961)

1. Country: United States of America
   This public document
2. has been signed by **Robert P. Duckworth**
3. acting in the capacity of **Clerk of the Circuit Court for Anne Arundel County**
4. bears the seal/stamp of the **Circuit Court for Anne Arundel County**

Certified

5. at Annapolis, Maryland
6. the **30th day of June, 2017**
7. by The Secretary of State of Maryland
8. No. 431014
9. Seal



10. Signature

Secretary of State

196737

State of Maryland, Anne Arundel County, Sct.

I, ROBERT P. DUCKWORTH, Clerk of the Circuit Court for Anne Arundel County, Maryland, a court of record, do hereby certify that **Ahmad Miski** was a commissioned/appointed and qualified Notary Public commencing on the 1st day of May, 2017.

In Testimony Whereof, I have hereunto set my hand and affixed the seal of the court June 30, 2017

CIRCUIT COURT FOR ANNE ARUNDEL COUNTY, MD.

Robert P Duckworth

Robert P. Duckworth, Clerk
Circuit Court for Anne Arundel County, Maryland

Anne Arundel County
On this 30 day of June 2017
before me, the undersigned officer,
personally appeared Hanadi Ajami,
a corporation, and she , as such
Vice President, being authorized
so to do, executed the foregoing
instrument for the purposes
therein contained, by signing the
name of the corporation by herself
as Vice President.
In witness whereof I hereunto set
my hand and official Seal.
Ahmad Miski
Notary Public
My commission expires May 28, 2021

ZERTIFIKAT ◆ CERTIFICATE ◆ 認証書 ◆ СЕРТИФИКАТ ◆ CERTIFICADO ◆ CERTIFICAT

CERTIFICATE

No. Q1N 17 01 39040 065

Product Service

Holder of Certificate: **Medtronic Sofamor Danek USA, Inc.**
1800 Pyramid Place
Memphis, TN 38132
USA

Certification Mark:

tuv-sud.com/ps-cert

Scope of Certificate:

-Design and Development, Production, Servicing and Distribution of Spinal, Cranial, Dental and, Orthopedic Implants, Instruments and Accessories, Neurological Electrodes, Electrical Drive System, Bone Graft Kits and Materials. Radio-Frequency Ablation System Generators, Radio-Frequency Ablation Systems including sterile probes, tubing kits, pumps, connectors and cannulas/introducers
-Distribution of Electrosurgical Instruments, Endoscopes and Accessories
-Design and Development, Production and Distribution of Kyphoplasty Devices, Bone Tamps, Bone Filler Devices, Introducer Kits, Synthetic Bone Graft, Bone Cement Mixer, Interspinous Process Implants Bone Cements and Inflation Syringes, Sterile and Non-Sterile Medical Devices for Minimally Invasive Spinal Procedures.

The Certification Body of TÜV SÜD Product Service GmbH certifies that the company mentioned above has established and is maintaining a quality management system, which meets the requirements of the listed standard(s). See also notes overleaf.

Report No.: 72107493

Valid from: 2017-01-27
Valid until: 2019-09-28

Date, 2017-01-27

Stefan Preiß

Page 1 of 2

DAkkS
Deutsche Akkreditierungsstelle D-ZM-11321-01-00

TÜV®

DAkkS CRT2 / 10.13

ZERTIFIKAT ◆ CERTIFICATE ◆ 認証証書 ◆ СЕРТИФИКАТ ◆ CERTIFICADO ◆ CERTIFICAT

Product Service

CERTIFICATE
No. Q1N 17 01 39040 065

Applied Standard(s):

EN ISO 13485:2012 + AC:2012
Medical devices - Quality management systems - Requirements for regulatory purposes
(ISO 13485:2003 + Cor. 1:2009)
DIN EN ISO 13485:2012

Facility(ies):

Medtronic Sofamor Danek USA, Inc.
1800 Pyramid Place, Memphis, TN 38132, USA

Medtronic Sofamor Danek USA, Inc.
4340 Swinnea Road, Memphis TN 38118, USA

Medtronic Sofamor Danek Manufacturing
2500 Silveus Crossing, Warsaw, IN 46582, USA

Medtronic Spine LLC
1860 Barber Lane, Milpitas CA 95035, USA

Kyphon Sàrl
Pierre-á-Bot 97, 2000 Neuchâtel, SWITZERLAND

DAkkS
Deutsche Akkreditierungsstelle
D-ZM-11321-01-00

TÜV®

Revista de la Sociedad Española del Dolor
versión impresa ISSN 1134-8046

Rev. Soc. Esp. Dolor vol.12 no.2 Madrid mar. 2005

Mi SciELO
Servicios personalizados

Servicios Personalizados
Revista
SciELO Analytics
Articulo
Español (pdf)
Articulo en XML
Referencias del artículo
Como citar este artículo
SciELO Analytics
Traducción automática
Enviar articulo por email
Indicadores
Links relacionados
Compartir
Otros
Otros
Permalink

REVISIÓN

Analgesia multimodal postoperatoria

N. González de Mejía[1]

González de Mejía N. Postoperative multimodal analgesia. Rev Soc Esp Dolor 2005; 12: 112-118.

[1]Jefa de Servicio. Directora de Postgrado de Anestesiología
Hospital Uyapar. Puerto Ordaz. Bolívar, Venezuela

Recibido: 29-09-04
Aceptado: 20-10-04

1. INTRODUCCIÓN

El dolor postoperatorio es una variante del dolor agudo; es uno de los peor tratados, pudiendo durar horas o días, produce ansiedad y angustia. Condiciona comportamientos posteriores ante una nueva intervención.

Tradicionalmente su tratamiento ha sufrido limitaciones y carencias y en muchas ocasiones lo han considerado "normal".

La deficiencia o ausencia de analgesia va a producir efectos deletéreos en el paciente a nivel respiratorio, cardiovascular y sistema neuroendocrino (1).

El trauma quirúrgico y el dolor causan una respuesta endocrina que incrementa la secreción de cortisol, catecolaminas y otras hormonas del estrés. También se produce taquicardia, hipertensión, disminución del flujo sanguíneo regional, alteraciones de la respuesta inmune, hiperglicemia, lipólisis y balance nitrogenado negativo. Todo esto juega un importante papel en la morbi-mortalidad en el periodo postoperatorio (2).

El dolor es producido por una hiperestimulación de las vías nociceptivas con gran liberación de neuropéptidos, neurotransmisores, prostaglandinas, capaces de mantener la estimulación de nociceptores periféricos y centrales, así como de crear contracturas musculares reflejas, círculos viciosos y alteraciones vasomotoras simpáticas.

El tratamiento del dolor multimodal no es más que la combinación de dos o más fármacos y/o métodos analgésicos, con el fin de potenciar la analgesia y disminuir los efectos colaterales.

El concepto de analgesia multimodal a pesar de no ser nuevo, cada día cobra más vigencia.

La escalera analgésica es la mejor demostración de la utilización multimodal de los analgésicos, la cual recomienda el manejo progresivo de los diferentes tipos, con una evaluación continua del dolor.

2. ANALGESIA PREVENTIVA

Es un concepto utilizado en anestesiología y más específicamente el área dedicada al control del dolor agudo postoperatorio, administrando medicamentos antes de que se produzca el estímulo nociceptivo. Su efectividad está controvertida (3,4).

No siempre se han observado beneficios, a excepción de algunos estudios donde se utilizaron procedimientos locorregionales (anestésicos locales) antes de la cirugía y dichas técnicas se mantuvieron en el periodo postoperatorio. El debate continúa (1).

Los objetivos primordiales de la analgesia preventiva son:

-Evitar la sensibilización central y periférica producida por la lesión quirúrgica.

-Disminuir la hiperactividad de los nociceptores.

-Evitar la amplificación del mensaje nociceptivo.

La sensibilización periférica va a producir una agresión tisular directa (acto quirúrgico) que media una reacción inflamatoria, la cual produce una excitación simpática, reacciones estas que a su vez van a desencadenar la liberación de sustancias algógenas (prostaglandinas, bradiquininas, histamina, leucotrienos, péptidos, noradrenalina, etc.) que van provocar el descenso del umbral de los nociceptores.

La sensibilización periférica está estrechamente ligada al desencadenamiento de la cascada del ácido araquidónico.

La sensibilización central se debe a:

-Aumento de la excitabilidad de neuronas del asta posterior de la médula, capaces de desencadenar una actividad simpática refleja.

-Estimulación de centros medulares de control respiratorio y circulatorio.

-Estimulación de centros hipotalámicos, los cuales van a generar respuestas neuroendocrinas capaces de mantener y aumentar la respuesta de estrés quirúrgico.

Estas modificaciones llevan a la aparición del estado de hiperalgesia primaria (aumento de las respuestas a los estímulos nociceptivos y no nociceptivos, traduciéndose en un dolor patológico) encontrado no sólo a nivel de la lesión tisular generada por el acto quirúrgico, sino también a nivel de los tejidos adyacentes no lesionados (contractura muscular refleja, problemas vasomotores de origen simpático, etc.).

3. ANALGESIA POSTOPERATORIA

El control del dolor postoperatorio debe de estar vinculado en primera instancia a brindar una mejor calidad de atención hospitalaria lo que implica un adecuado tratamiento.

Es importante destacar que dicho tratamiento debe ser precoz y eficaz, debiendo mantenerse los días que sean necesarios, de acuerdo al tipo de cirugía y al umbral doloroso de cada paciente.

La analgesia perioperatoria pretende evitar la sensibilización central y periférica, así como la amplificación del mensaje nociceptivo producido por la agresión quirúrgica.

La analgesia postoperatoria debe realizarse en todos los periodos:

-Postoperatorio inmediato (primeras 24 horas).

-Postoperatorio mediato (24-72 horas).

-Postoperatorio tardío (mayor de 72 horas).

En los actuales momentos contamos con un gran abanico de posibilidades terapéuticas para tratar el dolor en cada una de esas fases.

A pesar de que las técnicas quirúrgicas han mejorado, en muchos casos no se realiza un adecuado control del dolor postoperatorio, lo que conlleva un incremento de la estancia en el hospital y predisponer a complicaciones (5).

Desafortunadamente, a pesar del interés de los diferentes grupos en el tratamiento del dolor postoperatorio, en muchos de nuestros hospitales no siguen protocolos de analgesia. Tampoco todas las compañías aseguradoras de salud pagan este tipo de servicio, por lo que los pacientes deben asumir los costes.

3.1. Evaluación del dolor

Para poder tratar adecuadamente el dolor agudo postoperatorio se debe realizar una evaluación objetiva del mismo, para lo cual se cuentan con métodos y escalas, dentro de los cuales están (6):

-La escala análoga visual (EVA).

-Escala numérica de valoración.

-Cuestionario de Mc Gill.

Debemos recordar que este tipo de escalas no son aplicables a todos los grupos etarios. En el caso de dolor infantil, la medición del dolor no ha sido fácil, se han realizado una serie de escalas para tal fin. Existiendo escalas de medición del dolor específicas para infantes y otras para neonatos.

Pueden ser unidimensionales y multidimensionales. En el caso de los neonatos las escalas unidimensionales, toman en cuenta los indicadores fisiológicos o los conductuales. Los métodos multidimensionales tienen en cuenta indicadores fisiológicos, contextuales como edad gestacional y severidad de la enfermedad.

Entre estos los más utilizados están el NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*) (7):

-Escala de CRIES (8).

-Escala de Amiel Tison (9).

-La escala de CHEOPS es específica para valorar el dolor postoperatorio en niños mayores de un año de edad (10).

Todos estos métodos pueden servir para medir la intensidad del dolor así como para evaluar la eficacia del tratamiento analgésico que se haya escogido para controlar el dolor agudo postoperatorio.

4. TIPOS DE ANALGESIA MULTIMODAL

La analgesia postoperatoria multimodal es la más empleada actualmente (11) y comprende la combinación de varias técnicas y analgésicos, como por ejemplo:

-Utilización de AINE y técnicas de analgesia regional (bloqueos nerviosos periféricos y de plexos).

-Opioides vía endovenosa con sistemas de PCA (analgesia controlada por el paciente), la cual puede ser empleada en previo entrenamiento del paciente más AINE y/o bloqueos.

-Epidurales continuas con bombas de infusión o en bolos más AINE.

-AINE y opioides e.v.

-Epidurales donde se combinan anestésicos locales y adyuvantes como opioides, bloqueantes de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA), benzodiacepinas, agonistas alfa 2 adrenérgicos entre otros.

-Infiltración de campo con anestésicos locales más AINE y/o opioides.

Con la analgesia postoperatoria multimodal se emplean dosis menores debido a que la combinación de técnicas y medicamentos potencia el efecto analgésico, brindando una mejor analgesia postoperatoria con menos efectos colaterales (12).

4.1. Bases del manejo farmacológico del dolor

-Seleccionar el fármaco y vía apropiada.

-Realizar una adecuada titulación del fármaco.

-Pautar el intervalo de dosis de acuerdo a la duración del medicamento.

-Prevenir el dolor persistente, dejando indicadas las dosis de recate.

-Anticipar, prevenir y tratar los efectos secundarios.

-Usar fármacos adyuvantes adecuados cuando estén indicados.

-Establecer la respuesta al tratamiento a intervalos regulares utilizando las escalas de medición del dolor.

4.2. AINE

Estos medicamentos ejercen sus efectos terapéuticos antiinflamatorios y analgésicos, así como sus efectos indeseables a través de la inhibición de la enzima ciclooxigenasa que convierte el ácido araquidónico en prostaglandinas, la inhibición de alguna de estas que ejercen funciones fisiológicas imprescindibles para la integridad de la mucosa gástrica y homeostasis de los fluidos y electrolitos, y pueden ocasionar efectos deletéreos. Se ha demostrado la presencia de isoenzimas llamadas COX. El mecanismo de acción común es la inhibición de la ciclooxigenasa (COX) que convierte el ácido araquidónico en endoperóxidos cíclicos los cuales se transforman en prostaglandinas y tromboxanos. La inactivación de estas enzimas bloquea la sensibilización y activación de las fibras nerviosas periféricas, disminuyendo el número de impulsos hacia el sistema nervioso central (2).

COX1: existe en forma constitutiva en muchos tejidos, entre sus funciones están la protección gástrica. En el tracto gastrointestinal la prostaglandina E2 y la prostaciclina mantienen la integridad de la mucosa por inhibición de la

secreción ácida y estimulación de la secreción de bicarbonato (2). La supresión de esta función de citoprotección explica las complicaciones asociadas a estos fármacos. En el riñón las prostaglandinas incrementan el flujo plasmático renal, en consecuencia eleva la filtración glomerular y ayuda a regular la resorción tubular de sal y agua.

En el sistema circulatorio las prostaglandinas mantienen el tono vascular. También tienen efectos antitrombogénicos.

La COX2 llamada también en principio inducible, realiza su aparición posterior a un estímulo nociceptivo, es inducida en células migratorias (monocitos y macrófagos), células sinoviales y condrocitos por citoquinas y otros estímulos inflamatorios. Recientes estudios han evidenciado su presencia en forma constitutiva a nivel renal y sistema nervioso (13). En el riñón se encuentra presente en la vasculatura, glomérulo, túbulos e intersticio (14).

También se habla de una variante de la COX2, la cual es sensible al paracetamol que se ha denominado COX3 (15).

-AINE tradicionales.

-Inhibidores específicos de COX2.

-Analgésicos y antitérmicos (paracetamol, metamizol).

AINE tradicionales:

-Ventajas de los AINE tradicionales:

- Son útiles en una gran variedad de dolores de leve a moderada intensidad.

- Diversidad de AINE.

- Venta libre.

- Se pueden dar simultáneamente con opioides.

- Bajo costo.

-Desventajas:

- Tienen efecto techo.

- Pueden producir trastornos gástricos.

- Pueden producir trastornos renales.

- Pueden incrementar el riesgo de sangrado.

4.2.1. Inhibidores específicos de COX2

Al igual que los COX1 se utilizan para el tratamiento del dolor leve a moderado, ambos en el tratamiento del dolor postoperatorio son llamados ahorradores de opioides.

La administración de inhibidores específicos de COX2 como el celecoxib, reduce la excreción urinaria de metabolitos de prostaglandinas.

Todos los coxibs, dependiendo de la dosis y farmacocinética del producto, producen un incremento de la presión arterial y retención hídrica. Su uso en pacientes con patología cardiovascular necesitan de constante vigilancia y precaución. En la actualidad contamos en nuestro país con los siguientes inhibidores específicos de COX2, celecoxib (200 mg), valdecoxib (10-40 mg), parecoxib (40 mg) -hasta el momento el único de uso parenteral. De reciente introducción en nuestro arsenal terapéutico tenemos el etoricoxib (presentaciones de 60-90-120 mg); muestra un buen perfil de seguridad, con pocas interacciones medicamentosas cuando es utilizado en concentraciones de 60 y 90 mg. En concentración de 120 mg.día^{-1} se vigilará su uso con rifampicina, ya que va a disminuir la concentración de etoricoxib en 65%. Con los pacientes que reciben digoxina deberá monitorearse la toxicidad de esta ya que se

ve incrementada en un 33%, la coadministración con warfarina sódica puede incrementar el INR en un 13%. En líneas generales todos los inhibidores específicos de COX2 deben ser utilizados con mucha cautela en caso de ser necesarios en aquellos pacientes con alteración de la función renal y trastornos cardiovasculares (IC, hipertensión arterial). Por sus ventajas sobre los AINE tradicionales en relación a efectos colaterales son de gran utilidad para combinar con opioides en el postoperatorio mediato para el control del dolor.

En relación con los AINE tradicionales tienen las mismas ventajas, con un mejor perfil de seguridad.

4.2.2. Paracetamol

El paracetamol es un fármaco con escasa actividad antiinflamatoria pero con propiedades analgésicas. *In vitro* , varios estudios han demostrado que es un débil inhibidor de la COX1 y de la COX2, siendo un poco más sensible a la COX2 (16).

Este fármaco tiene presentaciones oral, rectal y en algunos países de la Unión Europea, se cuenta con la presentación intravenosa (17). La coadministración de paracetamol con AINE proporciona un sinergismo analgésico, por diferentes mecanismos de acción, los AINE inhiben las prostaglandinas a nivel periférico y del SNC, mientras que el paracetamol inhibe la liberación de prostaglandinas a nivel del cordón espinal y tiene efectos sobre los mecanismos serotoninérgicos para inhibición del dolor. Por otra parte ambos reducen la producción del óxido nítrico en el SNC.

4.2.3. Metamizol

Pertenece al grupo de derivados del pirazol, tiene presentaciones orales y parenterales, con una metabolización hepática y eliminación renal.

Tiene efecto analgésico antipirético con poco poder aniinflamatorio. Su efecto colateral más temido es la agranulocitosis, la cual es independiente de la dosis y de la duración del tratamiento.

Su asociación con el tramadol en el tratamiento del dolor postoperatorio ha resultado ser eficaz.

4.3. Opioides

Los opioides constituyen la piedra angular para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio, especialmente para aquellos procedimientos que causan dolor moderado a severo. En la escalera analgésica tenemos el segundo y el tercer peldaño para ellos, de acuerdo a su potencia analgésica. En el segundo peldaño de la escalera analgésica tenemos los opioides débiles, los cuales se utilizan para el tratamiento del dolor moderado. Este grupo está representado por medicamentos como: codeína, dextropropoxifeno, tramadol, nalbufina, butorfanol y buprenorfina. Estos fármacos tienen efecto techo, también pueden producir efecto *flash*, lo cual podríamos definir como una sensación agradable de bienestar, que puede conducir a la administración del medicamento para fines no analgésicos. Los opioides en general pueden administrarse por diferentes vías, sin embargo en el tratamiento del dolor postoperatorio es frecuente su uso endovenoso y por vía epidural, para lo cual existen presentaciones libres de conservantes para este fin.

En nuestro arsenal terapéutico contamos con combinación de medicamentos AINE + codeína, paracetamol + codeína y paracetamol + tramadol, estos pueden ser utilizados al restaurar la vía oral.

-Diclofenaco sódico 50 mg + codeína 50 mg.

-Ibuprofeno 300 mg + codeína 20 mg.

-Paracetamol 325 mg + tramadol 37,5 mg.

-Paracetamol 500 mg + codeína 25 mg.

Este tipo de combinación tiene la ventaja de que las dosis de ambos medicamentos son bajas lo cual nos ayuda a disminuir los efectos colaterales de ambos.

El tercer peldaño de la escalera analgésica está representado por los opioides fuertes, bloqueos centrales y periféricos.

El opioide potente más utilizado en analgesia postoperatoria es la morfina en infusión continua, bolos o en analgesia controlada por el paciente (PCA).

La meperidina se utiliza en dolor agudo postoperatorio en aquellos pacientes que deben recibir morfina como es el caso de espasmo biliar y del esfínter de Oddi (18). No debe utilizarse en pacientes con función renal comprometida por su metabolito activo, la normeperidina causante de neurotoxicidad.

El fentanilo produce una excelente analgesia postoperatoria, pero de corta duración. La administración en infusión continua debe vigilarse ya que se corre el riesgo de sobredosificación. La lipofilia del opiáceo es extremadamente importante para determinar la tasa de administración y analgesia (19). Cuando combinamos la infusión continua con PCA, habiendo establecido previamente la mínima concentración efectiva (MEC), podemos obtener un adecuado control del dolor postoperatorio (20). Otros opioides de corta duración relacionados con la fenilpiperidina son el alfentanil y el remifentanil, los cuales son utilizados en el intraoperatorio, pueden ser continuados en infusión durante el periodo postoperatorio a bajas dosis (21).

Una de las principales bases para la administración de opioides es la realización de adecuada titulación y vigilancia. Dada la marcada variabilidad farmacocinética que existe entre los pacientes que reciben analgesia por el sistema de PCA, es necesario hacer cambios en los periodos de cierre de las bombas de infusión a fin de optimizar el confort con un mínimo de sedación.

Se debe recordar que los pacientes que reciben agonistas puros no deben recibir opioides ago-antagonistas, ya que al hacerlo pueden precipitar un síndrome de abstinencia.

4.4. Anestésicos locales

Los más utilizados son las amidas como la bupivacaína, levobupivacaína y ropivacaína. Su mecanismo de acción es la inhibición de la transmisión nerviosa por bloqueo de los canales del Na+ (22).

Su uso más frecuente se realiza en bloqueos de plexos, infiltración de campo, epidurales. Son de gran valor en la analgesia preventiva. La vía intradural es poco utilizada en el tratamiento del dolor postoperatorio.

Numerosos estudios demuestran que la mezcla de anestésicos locales y opioides por vía epidural resulta más efectiva que su uso por separado (1).

En algunos países se está utilizando un nuevo anestésico local cuyo nombre es *sameridina* (23). Reúne propiedades de anestésico local y acción analgésica como agonista parcial de los receptores mu. Hasta el momento se administra por vía intradural a una dosis de 15 a 25 mg, produciendo un bloqueo motor profundo sin alteraciones electrocardiográficas ni respiratorias. Su interés clínico se centrará en el componente opioide y la analgesia postoperatoria.

4.5. Anestésicos liposomales

Es importante conocer que también se están manipulando las estructuras moleculares de los anestésicos locales para prolongar su efecto, incluyendo los anestésicos dentro de los liposomas, que son vesículas acuosas submicroscópicas formadas por un núcleo acuoso rodeado por capas bimoleculares fosfolipídicas (23). Este tipo de estructura compartimental permite que durante el proceso de elaboración de los liposomas se puedan incorporar tanto principios hidrosolubles como liposolubles. Todo esto trata de reducir la toxicidad, protegerlos contra la degradación enzimática o química del organismo, prolongando los niveles eficaces del fármaco en su lugar de acción.

Hasta el momento se han realizado inclusiones liposomales con la lidocaína y la bupivacaina y los estudios se han llevado a cabo más con animales de experimentación que en humanos. Los pocos estudios que hay se han realizado mayormente en pacientes con cáncer con bupivacaína liposomal. Debemos esperar que se concluyan los estudios clínicos para confirmar sus beneficios.

4.6. Agentes adyuvantes de los anestésicos locales

Los anestésicos locales también se utilizan en combinación con otros agentes que nos sirven de adyuvantes en la analgesia como son los agonistas alfa 2 adrenérgicos, inhibidores del NMDA y benzodiacepinas.

Estos fármacos inciden sobre los receptores medulares alfa-2, ejerciendo su acción analgésica. Al igual que en el grupo anterior se utilizan en combinación con opioides y/o anestésicos locales para minimizar dosis y obviar efectos secundarios propios de la medicación empleada. Sus representantes son:

-*Clonidina*. Su uso primario fue por su acción hipotensora, posteriormente se ha demostrado su efectividad analgésica.

La clonidina es un alfa dos agonista cuyo efecto analgésico está relacionado con la estimulación de los adrenorreceptores alfa dos presentes en el asta dorsal medular, modulando de esta manera el mensaje nociceptivo. Además produce liberación de neuromoduladores tales como la noradrenalina y la acetilcolina, ejerciendo un efecto de inhibición de la transmisión nociceptiva en el asta dorsal medular (antinocicepción) (24,25).

La clonidina inhibe la liberación de la sustancia P y actúa sobre las neuronas nociceptivas (26).

Los efectos secundarios son: disminución de la tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria.

-*2-dexmetomidine*. Es un agonista alfa 2 adrenérgico con propiedades ansiolíticas, sedantes y analgésicas. También disminuye la respuesta simpáticoadrenal. Ha sido utilizada en anestesia y cuidados intensivos por vía endovenosa y en la actualidad se han realizado algunos trabajos como adyuvante en anestesia y analgesia regional.

Como agonista alfa 2 adrenérgico utilizado por vía espinal o epidural causa analgesia por liberación espinal de acetil colina y óxido nítrico (NO) (27).

4.7. Antagonistas de los receptores NMDA

En la actualidad se están empleando antagonistas de los receptores NMDA, en el tratamiento dolor agudo y crónico. El más conocido es la ketamina, un anestésico no barbitúrico perteneciente al grupo de la la fenilciclohexilamina y derivado de la fenilciclidina (28).

Mecanismo de acción: la analgesia producida por la ketamina es debida a su acción antagonista no competitiva selectiva de los receptores NMDA (N-metil-D-aspartato); estos receptores tienen una gran importancia en el fenómeno de *"wind up"*, el cual consiste en un aumento progresivo de la respuesta por parte de las neuronas nociceptivas no específicas (o neuronas de convergencia) del asta dorsal medular a estímulos eléctricos repetitivos, de intensidad constante y suficientemente elevada para reclutar fibras C.

La ketamina es capaz de actuar sobre una gran variedad de receptores incluyendo: receptores nicotínico, opioides: mu, delta y kappa, produciendo además efecto analgésico por otras vías antinociceptivas, ha sido empleada con anterioridad como agente anestésico. Su presentación más frecuente es en forma racémica (mezcla de los dos isómeros, R y S), aunque en algunos países se usa el isómero S, que tiene mayor potencia analgésica, pero también produce mayor cantidad de efectos secundarios.

4.8. Benzodiacepinas

El midazolam es la benzodiacepina que ha sido recientemente utilizada, en asociación a los anestésicos locales o sola, como único analgésico en los bloqueos centrales. El mecanismo de acción analgésico es mediante la estimulación de receptores gamma-amino-butírico (GABA), los cuales están presentes a nivel del asta dorsal medular (28).

Existe en el mercado el midazolan libre de conservante para uso por vía espinal y epidural.

4.9. Tratamientos no farmacológicos

Los tratamientos no farmacológicos pueden ser útiles como adyuvantes en el tratamiento del dolor. Entre ellos están el uso del TENS, masajes, ejercicios de estiramiento, relajación, retroalimentación, etc.

La percepción de del dolor así como su respuesta pueden ser completamente diferentes de un paciente a otro, el dolor agudo se asocia a una liberación de catecolaminas y por ende a alteraciones cardiorrespiratorias, así como también alteraciones en el sistema inmunitario y alteraciones endocrinológicas. Psicológicamente se caracteriza por ansiedad.

La combinación de dos o más medicamentos con diferentes mecanismos de acción para el tratamiento del dolor postoperatorio, busca una disminución de las dosis con un sinergismo analgésico y mejor perfil de seguridad.

CORRESPONDENCIA:
N. González de Mejía
Jefa de Servicio
Directora de Postgrado de Anestesiología
Hospital Uyapar
Puerto Ordaz. Bolívar, Venezuela
Tel.: 0058286-9615986
e-mail: mejian@cantv.net

BIBLIOGRAFÍA

1. Charlton E. Treatment of postoperative pain. In: Giamberardino M, ed. An updated review refresher course syllabus IASP Scientific Program Committee. Pain 2002. p. 351-6. [Links]

2. Ashburn M, Ready B. Postoperative pain. In: Loesser J, ed. Bonica's management of pain. 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins. [Links]

3. Cousins M, Power I. Acute and postoperative pain. En: Wall PD, Melzack R. Textbook of pain. 4th ed. Edinburgo: Churchill Livingstone, 1999; 19: 447-91. [Links]

4. Kelly DJ, Ahmad M, Brull SJ. Preemptive analgesia II: recent advances and current trends. Can J Anaesth 2001; 48: 1091-101. [Links]

5. Carr DB, Goudas LC. Acute Pain. Lancet 1999; 353: 2051-8. [Links]

6. Chapman R, Syrjala K. Measured of pain. In: Loeser J, ed. Bonica's management of pain. 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins 2001. p. 310- 28. [Links]

7. Stevens B, Jhonston C, Gibbins S. Pain assessment in neonates. In: Anand J, Stevens B, eds. Pain in neonates. 2nd ed. McGrath B 2000. p. 101-34. [Links]

8. Krechel SW, Bilnerd J. CRIES. A new neonatal postoperative pain measurement store. Inicial testing of validity and reliabily. Paediatric Anaesthesia 1995; 5: 53-61. [Links]

9. Mondolfi A, Rojas I, Urbina H, et al. Manejo del dolor en terapia intensiva y neonatología. Rev Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría 2002; 1 (Supl. 1). [Links]

10. Vargas-Schaffer G. Evaluación del dolor en procedimientos dolorosos en el niño. En: Vargas-Schaffer G, González de MN, eds. Manual de bloqueos anestésicos y analgésicos en pediatría, 2002. p. 31-40. [Links]

11. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anesth 1997; 78: 606-17. [Links]

12. Crews JC. Multimodal pain management strategies for office-based and ambulatory procedures. JAMA 2002; 288: 629-32. [Links]

13. Pain Clinical Updates IASP Vol. XI Nº 4 September, 2003. [Links]

14. Brater DC, et al. Renal effects of Cox-2 selective inhibitors. Am J Nephrol 2001; 21: 1-15. [Links]

15. Botting RM. Mechanism of action of acetaminophen: is there a ciclooxygenase 3? Clin Infect Dis 2000; 31 (Supl. 5) S 202-10. [Links]

16. Roca-Vinardel A, Ortega Álvaro A, Gibert-Rahola J, Micó JA. The role of 5-HT1A/B auto receptors antinociceptive effect of systemic administration of acetaminophen. Antesthesiology 2003; 98: 741-7. [Links]

17. Breivik H. Postoperative pain: toward optimal pharmacological and epidural analgesia. In: Giamberardino M, ed. An updated review refresher course syllabus IASP Scientific Program Committee. Pain 2002. p. 337-49. [Links]

18. Ballantyne J, Borsook D. Dolor postoperatorio Massachussets General Hospital. In: Borsook D, Lebel A, McPeek B, eds. Tratamiento del dolor. 1999. p. 243-65. [Links]

19. White P. Patient-controlled analgesia: the use of on demand opioids in the management of acute pain. In: Fawzy E, ed. Opiods in anestesia 1991. p. 275-92. [Links]

20. Jacobs J, Glass P, Reyes J. Opioid administration by continuous infusion. In: Fawzy E, ed. Opioids in anesthesia. 1991. p. 241-53. [Links]

21. Calderón E, Pernia A, de Antonio P, Calderón Pla E, Torres LM. A comparison of two constant-dose continuous infusions of remifentanil for severe postoperative pain. Anesth Analg 2001; 92 (3): 715-9. [Links]

22. García NL, et al. Analgesia regional en el tratamiento del dolor postoperatorio. En: Torres LM. Tratamiento del dolor postoperatorio. Madrid: Ed. Ergón, 2003. p. 193-206. [Links]

23. Viamonte M, Medina H. Nuevos anestésicos locales ¿promesa o realidad? Anales Sis San Navarra 1999; 22 (Supl. 2): 19-24. [Links]

24. Micó Segura JA, Moreno Brea MR, Casas Rodríguez J, Róala JG. Fármacos coadyuvantes analgésicos. En: Torres LM, ed. Medicina del Dolor. Barcelona, Madrid, Paris: Masson, 1997. p. 111-30. [Links]

25. Rauck RL, Eisenach JC, Jakson K, et al. Epidural clonidine treatment for refractory reflex sympathetic dystrophy. Anesthesiology 1993; 79: 1163-9. [Links]

26. Garber J, Hassenbusch. Spinal administration of nonopiate analgesics for pain management. In: Walman S, ed. Interventional pain management. 2nd ed. 2001. p. 621-6. [Links]

27. Bouaziz H, et al Subarachnoid neostigmine potentiation of alpha 2 adrenergic agonist analgesia. Dexmedetomidine versus clonidine. Reg Anesth 1995; 20: 121-7. [Links]

28. Vargas-Schaffer G. Fármacos empleados en los bloqueos anestésicos y analgésicos. En: Vargas-Schaffer G, González M, eds. Manual de bloqueos anestésicos y analgésicos en pediatría. Caracas, Venezuela: Ediciones Expansión Científica G & S, 2002. p. 41-72. [Links]

(cc) BY-NC Todo el contenido de esta revista, excepto dónde está identificado, está bajo una Licencia Creative Commons

Paseo de la Castellana 241 - 4º A, Madrid, Madrid, ES, 28046, 607 82 53 44

e-Mail

laura.martin@inspiranetwork.com

Revista Mexicana de Ortopedia y Traumatología

Volumen *Volume* **16** **Número** *Number* **1** **Enero-Febrero** *January-February* **2002**

Artículo:

Tratamiento quirúrgico de la espondilolistesis degenerativa con o sin instrumentación por vía posterior

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Mexicana de Ortopedia, AC

Otras secciones de este sitio:

- Índice de este número
- Más revistas
- Búsqueda

Others sections in this web site:

- *Contents of this number*
- *More journals*
- *Search*

Medigraphic.com

Rev Mex Ortop Traum 2002; 16(1): Ene.-Feb: 23-28

Tratamiento quirúrgico de la espondilolistesis degenerativa con o sin instrumentación por vía posterior

Dr. Jesús Norberto Bernal-Márquez,* Dr. Stefan Martínez-Van Gils**

Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes, IMSS. Naucalpan Edo. de México.

SUMMARY. The present study compares all consecutive cases of patients diagnosed with degenerative spondylolisthesis that were managed surgically in the spinal unit of our Hospital, between January 1998 and May 2000. We treated 33 patients, 16 by decompressive laminectomy, nerve root release and posterolaleral arthrodesis, against 17 patients which were treated by decompressive laminectomy, nerve root release, reduction of spondylolisthesis, posterior instrumentation with U. S. S. (Synthes), and posterolateral arthrodesis. We found that in the group treated by posterior instrumentation, the surgical time was longer, there was larger amount of blood loss, prolonged hospital stay, longer time-period for walking, higher number of complications, and higher number of re-interventions. These findings were statistically significant. We also found that there was no statistically significant differences between pain relief and neurological recovery. These findings relate with other studies found in literature, so that we can conclude that the surgical management of degenerative spondylolisthesis with posterior transpedicular instrumentation increases morbidity, mortality and costs, without a true beneficial effect in the final outcome over non-instrumented procedures.

Key words: spondylolisthesis, instrumentation, transpedicular, posterolateral arthrodesis, pseudospondylolisthesis.
Resumen en Español al final

La espondilolistesis es una patología propia del ser humano que ha sido encontrada en fósiles de 6,000 a.C.[1] Su incidencia es de 2.5 a 10% en la población general dependiendo de la etiología, lo que la convierte en una patología frecuentemente detectada.[2-4]

La inestabilidad lumbar segmentaria degenerativa puede ser causa de dolor lumbar crónico severo que puede o no acompañarse de alteraciones neurológicas distales, por lo que desde mediados de los años veinte ocupa la atención de cirujanos, y Hibbs, en 1929, introduce el tratamiento quirúrgico de la espondilolistesis mediante fusión *in situ* de los segmentos involucrados.[6]

Actualmente, 70 años después de haberse descrito la primera técnica quirúrgica para el manejo de esta patología, el manejo quirúrgico de la espondilolistesis ha aumentado en popularidad, e incluye una gran gama de implantes[7] y técnicas quirúrgicas, sin haber una claridad en cuanto a sus indicaciones.[8]

Muchas de estas técnicas han demostrado que no modifican la historia natural de la enfermedad[9-12] y muchas veces el tratamiento quirúrgico depende de la preferencia del cirujano y no de lineamientos establecidos para el tratamiento.[13,14]

Actualmente existen varias teorías que intentan explicar el desarrollo de esta enfermedad, siendo la más aceptada la de una lesión degenerativa secundaria a una inestabilidad segmentaria crónica por la postura prolongada en bipedestación que ocasiona una degeneración discal asociado a una artrosis bifacetaria que resulta en una horizontalización de las facetas, una elongación de la pars interarticularis y un deslizamiento anterior que nunca excede el 30%.[5]

Farfán considera que la elongación de la pars interarticularis es consecuencia de microfracturas múltiples por compresión de la apófisis articular inferior de la vértebra que se desliza hacia adelante, ya que en este sitio el hueso del proceso articular muestra una peculiar apariencia esclerosa. Como el deslizamiento progresa, la apófisis articular cambia de dirección y se hace más horizontal, propiciando un mayor deslizamiento, el cual nunca alcanza más de 30% una vez que la degeneración discal alcanza la fase de estabilidad como fue descrita por Kirkaldy-Willis.[5]

Dicha degeneración y deslizamiento vertebral conduce finalmente a un canal lumbar estrecho artrósico que deforma el conducto vertebral y puede ocasionar compresión radicular principalmente a nivel de recesos laterales.

En los años 80, en nuestro hospital, al igual que en otros artículos publicados, la espondilolistesis, independientemente del tipo y el grado, se trataba quirúrgicamente mediante ampliación de canal, liberación de raíces y artrodesis posterolateral, sin instrumentación, obteniendo resultados satisfactorios en 81% de los casos.[6-8,10,14,16-18,20]

* Postgrado en Traumatología y Ortopedia, Médico adscrito del Módulo de Columna del Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
** Residente de Traumatología y Ortopedia del Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes, IMSS.

Dirección para correspondencia:
Dr. Jesús Norberto Bernal-Márquez. José María Arteaga 407, Col. Cuauhtémoc. Toluca, Estado de México
C.P. 50130. Tel. 01 (7) 212 7158. E-mail: berfue@netspace.com.mx
Hacienda Campo Bravo 38 A-5. Hacienda de las Palmas Huixquilucan, Edo. de México. Tel. 5247 0529, 5247 0532
E-mail: stefpet@prodigy.net.mx

Actualmente la gran mayoría de los procedimientos quirúrgicos realizados en el hospital para el tratamiento de la espondilolistesis incluye instrumentación posterior y/o artrodesis intersomática con resultados probablemente semejantes (comunicación verbal).

De acuerdo con los resultados funcionales, el grado de artrodesis obtenida, número de complicaciones y el costo, es importante determinar cuándo está indicada la instrumentación y la artrodesis intersomática para poder así mejorar los resultados y la satisfacción del paciente, al mismo tiempo que se disminuyen los costos y las complicaciones.

En 1944, King, introduce la instrumentación lumbosacra y en 1969, Harrington, introduce la fijación transpedicular a la instrumentación lumbosacra, aumentando así su versatilidad y su rigidez.[11]

El tratamiento quirúrgico de la espondilolistesis cae dentro de cuatro rubros: 1) descompresión y liberación,[16,17] 2) artrodesis,[6] 3) instrumentación[18] y 4) reducción.[19,20]

Las combinaciones que existen entre las cuatro modalidades y las diferentes técnicas para lograrlo constituyen en la actualidad fuente de discusión sobre la mejor técnica quirúrgica para el manejo de la espondilolistesis.

Se asume que el tipo de cirugía planificada dependerá del tipo y grado de espondilolistesis detectada,[2,9,10,13,16,21] y que aunque en el futuro mejoren las técnicas quirúrgicas, los implantes, los injertos[23] y las indicaciones de cirugía deberán de ser los mismos. El presente trabajo se enfoca al tratamiento quirúrgico de la espondilolistesis degenerativa, puesto que es este tipo de espondilolistesis en donde existe mayor controversia en cuanto al tipo de tratamiento.

Material y métodos

Se trata de un estudio de revisión de casos, retrospectivo, transversal, comparativo, en los cuales se revisaron los expedientes de todos los casos consecutivos postoperados de espondilolistesis degenerativa en nuestro servicio de columna, en el periodo comprendido entre enero de 1998 y mayo de 2000.

Se incluyeron a todos los pacientes derechohabientes del IMSS postoperados de espondilolistesis degenerativa en el servicio de columna, independientemente de la edad, sexo, nivel y grado de la espondilolistesis.

Se excluyeron a todos aquellos que no tenían expediente clínico y radiológico completo, aquéllos en los que no se concluyó el diagnóstico de espondilolistesis degenerativa al momento de la cirugía, aquéllos con antecedente de cirugía de columna previa y que se perdieron durante el seguimiento postoperatorio antes de cumplirse seis meses de la cirugía.

Las características del grupo experimental son los pacientes postoperados de espondilolistesis degenerativa por el servicio de columna del HTOLV, independientemente de edad, sexo, grado de espondilolistesis y nivel de la misma, mediante ampliación convencional de conducto lumbar del nivel afectado, liberación de raíces nerviosas involucradas y artrodesis posterolateral con injerto óseo autólogo.

Las características del grupo control son pacientes postoperados de espondilolistesis degenerativa por el servicio de columna del HTOLV independientemente de la edad, sexo, grado de espondilolistesis y nivel de la misma, mediante ampliación convencional del conducto lumbar del nivel afectado, liberación de raíces nerviosas involucradas y artrodesis posterolateral, además de reducción e instrumentación por vía posterior con sistema transpedicular tipo Universal Spine System (USS de Synthes).

El procedimiento para obtener la muestra se realizó mediante un muestreo a criterio por selección homogénea, por lo que el cálculo de la muestra a criterio es N = n por lo tanto N = Número de casos encontrados. La técnica para controlar las diferencias situacionales fue en forma aleatoria.

Dentro del análisis estadístico de la información obtenida, se lograron medidas de tendencia central (moda, mediana y media), y se realizaron pruebas paramétricas nominales, para obtención de porcentajes y graficación χ^2 y t de Student.

Se tomaron los resultados como estadísticamente significativos con valores de $p < 0.05$ con criterios de rechazo cuando $p > \alpha$.

Se analizaron: edad, sexo, nivel de espondilolistesis, grado de espondilolistesis, tiempo quirúrgico, sangrado, días de hospitalización, inicio de marcha, complicaciones postoperatorias, reintervenciones quirúrgicas, y se evaluó en forma subjetiva, interrogando al paciente, la mejoría de dolor y en forma objetiva, mediante exploración física, la recuperación neurológica dirigida.

El objetivo del presente estudio es el de demostrar que los pacientes con espondilolistesis degenerativa, que son manejados quirúrgicamente mediante ampliación del conducto lumbar convencional, liberación radicular y artrodesis posterolateral, tienen una evolución satisfactoria y menor número de complicaciones que aquéllos en los que se agrega reducción de la espondilolistesis y fijación con instrumentación transpedicular por vía posterior.

Resultados

Se obtuvieron 37 pacientes en total con el diagnóstico de síndrome doloroso lumbociático crónico, secundario a canal lumbar estrecho, con pseudoespondilolistesis degenerativa, en el periodo comprendido de enero de 1998 a mayo de 2000, de los cuales se excluyeron tres por no contar con expediente clínico y radiológico completo, y uno por no contar con un mínimo de seis meses de seguimiento, quedando 33 pacientes, todos ellos postoperados, 16 pertenecieron al grupo experimental, llamado en lo sucesivo Grupo A (ampliación, liberación y artrodesis), y 17 del grupo control, denominado Grupo B (ampliación, liberación, reducción y fijación con USS, artrodesis).

Los pacientes del Grupo A tuvieron una edad media de 61.5 años (rango de 45 a 75); mientras que la edad del Grupo B tuvo una media de 60.23 años (rango de 48 a 75), sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$). En cuanto al sexo del Grupo A, 11 pacientes fueron mujeres

Cuadro 1. Número de pacientes en cada grupo de acuerdo al nivel de desplazamiento vertebral y grado de espondilolistesis, siendo los más frecuentes L4-L5 y Grado I, respectivamente.

Grupo	Nivel de espondilolistesis			Grado de espondilolistesis	
	L3-L4	L4-L5	L5-S1	I	II
Grupo A* (n = 16)	2	11	3	9	7
Grupo B** (n = 17)	1	11	5	9	8
	3	22	8	18	15

* Grupo A: aplicación, liberación y artrodesis.
** Grupo B: ampliación, liberación, reducción y estabilización con USS, artrodesis.

(68.75%) y cinco, varones (31.25%); mientras que el Grupo B, 10 pacientes fueron mujeres (58.82%) y siete, varones (41.18%) para una $p > 0.05$.

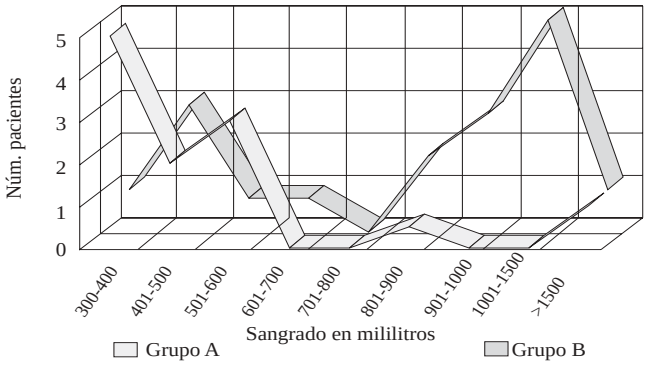
El nivel de espondilolistesis encontrado en el Grupo A fue L4 sobre L5 en 68.75% de los casos (n = 11); de L5 sobre S1 en 18.75% (n = 3) y de L3 sobre L4 12.5% (n = 2). En el Grupo B se encontraron resultados similares, en el nivel L4 sobre L5 64.70% (n = 11); en el nivel L5 sobre S1 29.41% (n = 5) y en el nivel L3 sobre L4 5.89% (n = 1), no estadísticamente significativo *(Cuadro 1)*.

Se cuantificó el grado de deslizamiento de acuerdo con la escala de Meyerding en cinco posibles grados, en el Grupo A: nueve pacientes tuvieron un desplazamiento grado I (56.25%); y siete pacientes grado II (43.75%). En el Grupo B también nueve pacientes tuvieron una espondilolistesis grado I (52.94%) y grado II ocho pacientes (41.06%), sin diferencias estadísticamente significativas en estos rubros *(Cuadro 1)*.

En el tiempo quirúrgico empleado sí existieron diferencias entre los dos grupos, en el Grupo A el tiempo fue de dos a tres horas en 11 pacientes (68.75%) y de tres a cuatro horas en dos pacientes (31.25%); mientras que en el Grupo B sólo dos pacientes emplearon de 2-3 horas de cirugía (11.76%), en cinco pacientes (24.41%) el tiempo fue de tres a cuatro horas; en siete (41.17%) se utilizó de cuatro a cinco horas y en tres pacientes se tardó más de cinco horas para completar el acto quirúrgico (22.66%), con una $p < 0.05$ estadísticamente significativa *(Fig. 1)*.

El sangrado total que se obtuvo de la suma de la cuantificación transoperatoria, más el gasto del drenaje, en el Grupo A, fue de 300-400 mL en cinco pacientes, 400-500 mL en tres pacientes, 500-600 mL en cuatro pacientes, 900 mL en un paciente y más de 1,500 mL en tres pacientes. En el Grupo B de 300-400 mL en un paciente; de 400-500 mL en tres pacientes, 500-600 mL en un paciente; 900-1,000 mL en tres pacientes; 1,000- 1,500 mL cinco pacientes y más de 1,500 mL en un paciente ($p < 0.01$) *(Fig. 2)*.

La estancia hospitalaria, calculada en días, tuvo un rango en el Grupo A de tres a siete días, con una media de 3.68 días, ameritando menos de tres días de estancia hospitalaria el 62.5% de los pacientes (n = 11). En el Grupo B también tuvo



* Grupo A: ampliación, liberación y artrodesis.
** Grupo B: ampliación, liberación, fijación y reducción con USS y artrodesis.

Figura 1. Muestra el mayor tiempo quirúrgico empleado en el Grupo B**, con 15 pacientes que ameritaron más de tres horas para su cirugía que corresponde a más de 88% de los casos, mientras que en el Grupo A* se necesitó menos de tres horas en casi 70% de los pacientes, $p > 0.01$.

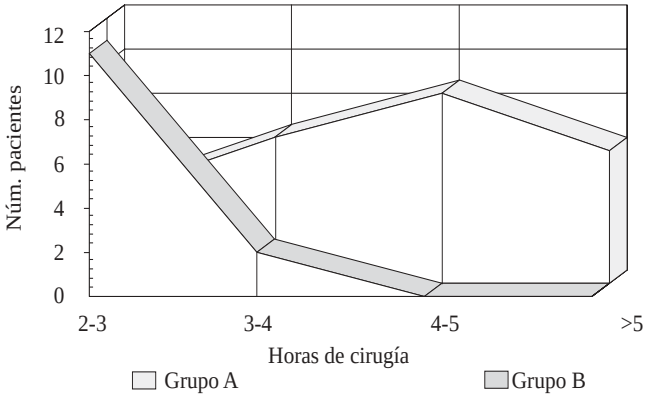


Figura 2. El Grupo B con mayor cantidad de sangrado total, donde a más de la mitad de los casos (53%), se les cuantificó más de 800 mL, mientras que en el Grupo A 75% de los casos tuvo un sangrado inferior a 600 mL $p < 0.01$.

un rango de tres a siete días, pero una media de 4.52 días, ameritando en 97.11% de los casos, mínimo cuatro y hasta siete días (n = 16), estadísticamente significativo ($p < 0.05$).

Otro de los parámetros evaluados fue el tiempo en que se dio inicio la marcha después de la cirugía, para el Grupo A tuvo una media de 6.75 semanas (rango de cuatro a ocho semanas); mientras que en el Grupo B se inició entre las cinco y 16 semanas posterior al evento quirúrgico, con una media de 12.11, $p < 0.01$.

En relación con las complicaciones postoperatorias también se encontraron diferencias estadísticamente significativas, ya que en el Grupo A se presentó un paciente con neuropraxia de L5 izquierdo, uno con fibrosis postquirúrgica, y otro paciente con empeoramiento del dolor, asociada con incremento del grado de la espondilolistesis por falla de la artrodesis. El Grupo B presentó un paciente con infección de tejidos blandos profunda, tres casos con infección superficial, un caso con trombosis venosa profunda en el miembro pélvico izquierdo y uno con isquemia subendocárdica.

Cuadro 2. Cantidad de pacientes que evolucionaron con alguna complicación postquirúrgica, en cada uno de los grupos, siendo el principal motivo la ruptura del implante que originó una segunda intervención.

Complicaciones	Grupo A	Grupo B
Ruptura de implante	–	7
Reintervención quirúrgica	1	7
Infección herida quirúrgica	–	4
Trombosis venosa profunda	–	1
Isquemia subendocárdica	–	1
Artrodesis fallida	1	1

Relacionadas con el evento quirúrgico vertebral, se presentó un caso de pseudoartrosis y aflojamiento del implante y tres casos de ruptura de implante. Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$). Dos pacientes del Grupo A requirieron de reintervención quirúrgica, uno por fibrosis postquirúrgica y otro por pseudoartrosis y progresión de la listesis.

En el Grupo B, siete pacientes requirieron de reintervención quirúrgica, a un paciente se le realizaron tres aseos quirúrgicos y retiro de instrumentación por infección profunda; otro requirió de retiro de instrumentación por aflojamiento y nueva cirugía para complementar la artrodesis posterolateral; a cuatro pacientes se les efectuó retiro del USS por ruptura del mismo. Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) *(Cuadro 2)*.

La mejoría del dolor en el seguimiento a seis meses, en el Grupo A, un paciente empeoró debido a la pseudoartrosis, por lo que se tuvo que reintervenir para efectuar instrumentación y completar la artrodesis, cuatro pacientes no tuvieron ninguna mejoría de su dolor en relación con el preoperatorio y once mejoraron su sintomatología. En el Grupo B ningún paciente empeoró su dolor, cinco presentaron el mismo dolor y 12 mejoraron su sintomatología, no teniendo ninguna significancia estadística ($p > 0.05$).

En relación con la sintomatología neurológica de los pacientes del Grupo A, dos empeoraron (el que presentó lesión de raíz de L5 y el paciente de fibrosis postquirúrgica), dos permanecieron sin cambios y 12 mejoraron. En el Grupo B, un paciente empeoró con pseudoartrosis y ruptura del implante, tres permanecieron igual y trece mejoraron ($p > 0.05$). Las *figs. 3, 4, 5 y 6* ilustran un caso tratado con instrumentación y buen resultado inicial.

La *fig. 7* muestra el mismo caso después del retiro de la instrumentación con reproducción de la olistesis.



Figura 3. Espondilolistesis artrósica L4-L5.

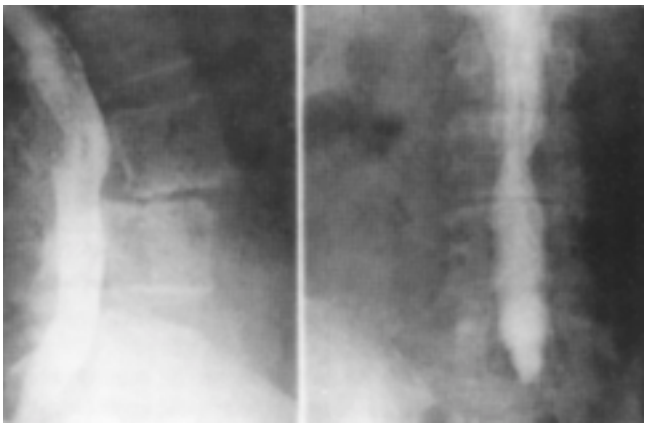


Figura 4. Hidromielografía del mismo caso que muestra compresión parcial del saco dural.



Figura 5. Instrumentación posterior con tornillos transpediculares y reducción de la olistesis.

Discusión

La espondilolistesis degenerativa es una causa frecuente de dolor lumbar crónico en personas mayores de 50 años que puede o no acompañarse de sintomatología radicular.

Desde el punto de vista fisiopatológico y biomecánico, se desarrolla a partir de una degeneración discal secundario a las fuerzas a la que se somete la charnela lumbosacra, aunado a una horizontalización de las facetas articulares,[20,26,29] lo que ocasiona un aumento en los esfuerzos cizallantes sobre la pars interarticularis.[30]

Lo anterior ocasiona microfracturas a este nivel, resultando en una elongación de la pars interarticularis y una subsecuente espondilolistesis que finalmente se traduce en un conducto lumbar estrecho artrósico.

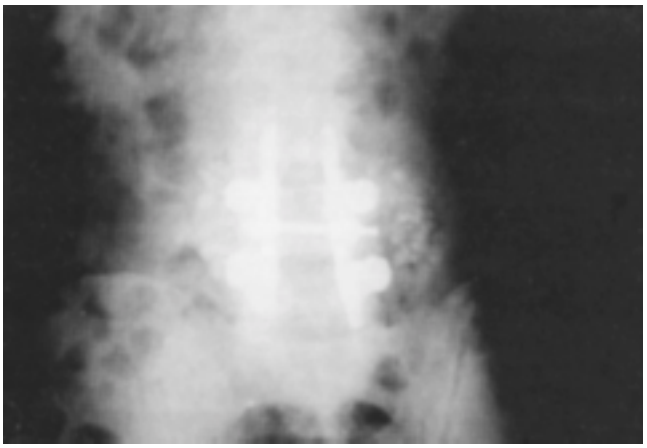


Figura 6. Mismo caso en proyección frontal.

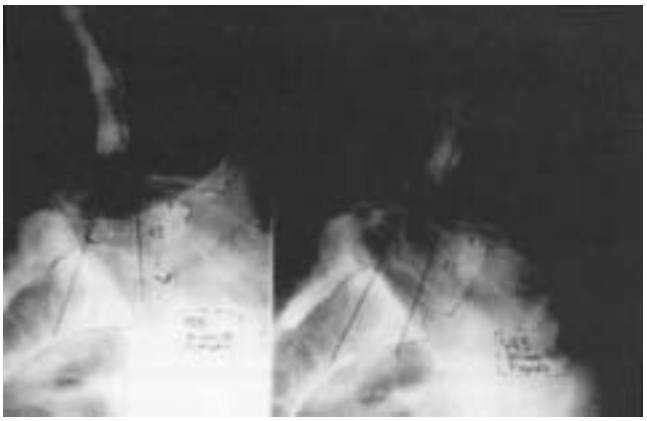


Figura 7. Mismo caso tardíamente, después de haber sido necesario el retiro de la instrumentación con reproducción de la olistesis y compresión formal del saco dural.

La gran mayoría de los pacientes acuden con el ortopedista durante un periodo de agudización del dolor lumbar crónico, lo que justifica la realización de una historia clínica completa, un examen físico minucioso y estudios de gabinete simples que incluyan radiografías de columna lumbosacra con foco en L5 en sentido anteroposterior, lateral, oblicuas y dinámicas.

Una vez realizado el diagnóstico, y aún en presencia de sintomatología radicular, el paciente es candidato a iniciar un manejo conservador a base de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, reposo, control de peso, medidas de higiene de columna, terapia ocupacional y un programa de ejercicios de rehabilitación durante por lo menos seis meses, con lo que se ha demostrado que cerca de 90% de los pacientes responden y no requieren de tratamiento quirúrgico.[31,32]

En caso de que el paciente no responda al tratamiento conservador, persista con sintomatología dolorosa que impida actividades físicas, empeore la sintomatología radicular o aumente el grado de deslizamiento, se complementarán los estudios radiológicos con electromiografía de miembros inferiores y con hidromielotomografía o resonancia magnética nuclear. Esto con la finalidad de confirmar el grado de compromiso radicular.[10]

Una vez tomada la decisión de manejar al paciente en forma quirúrgica, el ortopedista se encuentra ante la disyuntiva de instrumentación *vs.* no instrumentación.

En el presente estudio, tanto en el grupo experimental como en el grupo control, y al igual que el resto de la literatura,[1,4,5,14,15,18,20,26] no hubo diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, nivel y grado de espondilolistesis.

Existen múltiples reportes en la literatura en donde refieren que aunque el uso de instrumentación aumenta el grado de artrodesis, esto no se refleja en mejores resultados funcionales, pero sí incrementa la morbimortalidad del procedimiento quirúrgico.[10,14,21,33,34] Lo anterior se pudo corroborar en el presente estudio cuando se demostró que se incrementaba el tiempo quirúrgico, el sangrado transoperatorio, el número de complicaciones postquirúrgicas, el aumento en el tiempo de estancia hospitalaria y el número de reintervenciones quirúrgicas con carácter estadísticamente significativo, además de que la mejoría en cuanto a dolor y recuperación neurológica no presentó diferencias estadísticamente significativas.

Está demostrado que una fusión menos rígida como la producida por una artrodesis no instrumentada produce menor degeneración segmentaria, además de que una artrodesis posterolateral en donde no se observa desarrollo de puente óseo en las radiografías de control subsecuentes produce una unión fibrosa, lo suficientemente fuerte para la estabilización del segmento, resultando en mejoría clínica significativa.[14,21,31,33]

En el presente estudio no se realizó un análisis acerca de los costos que representan cualquiera de los dos procedimientos comparados, sin embargo, se demostró que existe un menor tiempo de estancia intrahospitalaria en pacientes en los que no se les realizó instrumentación, además presentaron menor número de complicaciones y requirieron de menor número de reintervenciones, lo que se traduce a una disminución en costos.[15] Actualmente existen múltiples tipos de implantes para la instrumentación de la columna lumbosacra que siguen los mismos principios biomecánicos y que son fabricados por diferentes casas comerciales. Gracias a la publicidad, la mercadotecnia y la competencia económica, el uso de la instrumentación lumbosacra se ha incrementado en forma indiscriminada,[7,8] elevando los costos de una cirugía no instrumentada que va de $9,090 dólares[15] a $18,495 dólares[14] comparado con $25,914 dólares[14] para una cirugía con instrumentación. Con el advenimiento de implantes y biomateriales sofisticados para el tratamiento quirúrgico de la espondilolistesis, y la gran competencia que existe entre las casas comerciales, el médico ortopedista está abordando el problema de la espondilolistesis como: espondilolistesis = cirugía = (reducción + artrodesis sólida + instrumentación), sin tomar en cuenta de que no todas las espondilolistesis son quirúrgicas, no todas requieren de reducción, no todas requieren de artrodesis sólida y no todas requieren de instrumentación.

Con el tren de pensamiento anterior, se está aumentando la comorbilidad y se está aumentando el costo del tratamiento quirúrgico de la espondilolistesis, sin tener un resultado positivo significativo sobre los resultados funcionales finales comparado con un tratamiento quirúrgico más conservador.

De acuerdo con lo reportado en la literatura, Bridwell[34] recomienda el uso de instrumentación en aquellos pacientes con espondilolistesis degenerativa en fase de inestabilidad de la degeneración discal, el cual se demuestra con las radiografías dinámicas en las que se observan más de diez grados de movilidad angular y más de 5 mm de deslizamiento.

Conclusiones

Durante el trabajo quirúrgico del conducto lumbar estrecho artrósico asociado a espondilolistesis, independientemente de si se utiliza o no la instrumentación, siempre se recomienda realizar artrodesis posterolateral, la cual estabiliza el segmento liberado.

El tratamiento de la espondilolistesis degenerativa mediante ampliación del conducto lumbar, liberación de raíces, artrodesis posterolateral e instrumentación con sistema de fijación transpedicular implica un incremento en la morbimortalidad y un incremento en costo, sin reflejar un beneficio en el resultado funcional final comparado con una cirugía sin instrumentación.

La instrumentación en estos casos deberá limitarse a aquellos pacientes en donde se demuestre en forma preoperatoria inestabilidad segmentaria y siempre deberá acompañarse de artrodesis posterolateral.

Bibliografía

1. Andersson G, Boden SD, Fraser RD, Grafin S, Goel VK. Focus issue on fusion. Spine 1996; 20 (Suppl).
2. Boss N, Marchesi D, Zuber K. Treatment of severe spondylolisthesis by reduction and pedicular fixation. Spine 1993; 18(12): 1655-61.
3. Castañeda Soto J. Espondilolistesis lumbar en el adulto, resultados de tratamiento quirúrgico. Tesis de postgrado HTOLV 1990: pp. 39.
4. Esses SI, Hurler RJ. Indications for lumbar spine fusion in the adult. Clin Orthop 1992; 279: 87-100.
5. Frederickson B, Barker D, Mcholick JW. The natural history of spondylolysis and spondylolisthesis. J Bone Joint Surg 1995; 66A(5): 699-707.
6. Frymoyer JW. Low Back pain, the role of spinal fusion. Neurosurg Clin North Am 1991: 1(2): 933-54.
7. Gibson JN, Grant IC, Wadell C. The Cochrane review of surgery for lumbar disc prolapse and degenerative lumbar spondylolisthesis. Spine 1999; 24(17): 1820-32.
8. Greenough C. Results of treatment of lumbar spine disorders. Effects of assessment techniques and confounding factors. Acta Orthop Scand, (Suppl) 1993; 251: 126-9.
9. Katz JN, Lipson SJ, Lew RA, Grobler LJ. Lumbar laminectomy alone or with instrumented or non-instrumented arthrodesis in degenerative lumbar spinal stenosis. Spine 1997; 22(10): 1123-31.
10. Garreau de Loubresse, Bon T, Deburge A. Posterolateral fusion for radicular pain in isthmic spondylolisthesis. Clin Orthop Rel Res 1996; 323: 194-201.
11. Matthew NS, Rovin R. Repair of the pars interarticularis defect with cable-screw construct. Spine 1998; 23(2): 263-9.
12. McCulloch JA. Microdecompression and uninstrumented single level fusion for spinal canal stenosis with degenerative spondylolisthesis. Spine 1998; 23(20): 2243-53.
13. Muschik M, Zippel H, Perka C. Surgical management of severe spondylolisthesis in children and adolescents. Spine 1997; 22(2): 2036-42.
14. Porchet F, Vader JP, Larequi LT, Costanza MC, Brunard B, Dubois RW. The assessment of appropriate indications for laminectomy. J Bone Joint Surg 1999; 81B(2): 234-9.
15. Puttlitz CM, Goel VK, Pope MH. Biomechanical testing sequelae relevant to spinal fusion and instrumentation. Orthop Clin North Am 1998; 29(4): 571-90.
16. Radek A, Zapalowics K. The application intervertebral implant for spine stabilization. Neurol Neurochir Pol 1998; 23(3): 705-11.
17. Riccardi JE, Pflueger PC, Isaza JE. Transpedicular fixation for the treatment of isthmic spondylolisthesis in adults. Spine 1995; 20(17): 1917-22.
18. Richard N. Historical perspective spondylolysis. Spine 1995; 20(7): 1950-6.
19. Rothman S. The Spine. Fourth Edition, 1999: pp. 835.
20. Shandu HS, Boden SD. Biologic enhancement of spinal fusion. Orthop Clin North Am 1998; 29(4): 621-34.
21. Suck S, Lee CK, Kim WJ. Adding posterior lumbar interbody fusion to pedicle screw fixation and posterolateral fusion after decompression in spondylotic spondylolisthesis. Spine 1997; 22(2): 210-20.
22. Tillard W. Etiology of spondylolisthesis. Clinical Orthop 1976; 115: 30-9.
23. Thomsen K, Christensen FB, Eiskjaer SP. The effect of pedicle screw instrumentation on functional outcome and fusion rates in posterolateral lumbar spinal fusion. A prospective, randomized clinical study. Spine 1997; 22(24): 2813-22.
24. Turner RH, Bianco AJ. Spondylolysis and spondylolisthesis in children and teenagers. J Bone Joint Surg 1979; 53A: 1298-306.
25. Wiltse LL, Newman PH, McNab. Classification of spondylolysis and spondylolisthesis. Clin Orthop 1976; 117: 23-9.

RESUMEN. El presente estudio compara todos los casos consecutivos postoperados de espondilolistesis degenerativa por el servicio de columna del Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes, IMSS entre enero de 1998 a mayo de 2000. Se obtuvieron 33 pacientes con diagnóstico de espondilolistesis degenerativa, 16 fueron intervenidos quirúrgicamente mediante ampliación convencional de canal lumbar, liberación de raíces y artrodesis posterolateral, y se compararon con 17 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente mediante ampliación convencional, liberación radicular, artrodesis posterolateral, reducción e instrumentación con sistema de fijación transpedicular tipo USS (Synthes). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a que el grupo postoperado con instrumentación presentó mayor tiempo quirúrgico, sangrado, días de hospitalización, tiempo de reiniciar la marcha, número de complicaciones y número de reintervenciones. El manejo de la espondilolistesis degenerativa mediante ampliación de canal lumbar, liberación de raíces, artrodesis posterolateral e instrumentación con sistema de fijación transpedicular implica un incremento en morbimortalidad y en costos, sin reflejar un beneficio en el resultado funcional final comparado con una cirugía sin instrumentación.

Palabras clave: espondilolistesis, instrumentación, transpedicular, artrodesis posterolateral, pseudoespondilolistesis.

Acceso a texto completo

Resultado a largo plazo del tratamiento quirúrgico de las espondilolistesis de alto grado

Long-term outcome of surgery for high-grade spondylolisthesis

R. Cruz-Conde Delgado[a], P. Berjano-Coquillat[a], A. Rayo-Sánchez[a], M.. Guillén-Vicente[a]

[a] Departamento de Cirug??a Ortop??dica y Traumatolog??a. Unidad de Patolog??a Vertebral. Hospital Monogr??fico de Traumatolog??a, Cirug??a Ortop??dica y Rehabilitaci??n ASEPEYO. Coslada. Madrid.

Este artículo ha recibido

7779

Visitas

(Actualización diaria de datos)

Información del artículo Resumen Texto completo Bibliografía Descargar PDF Estadísticas

Objetivo. Evaluar el resultado clínico del tratamiento quirúrgico de la espondilolistesis de alto grado. Diseño. Estudio de cohorte retrospectivo. Pacientes y método. Cuatro pacientes con espondilolistesis grado IV y V con un seguimiento entre uno y 14 años. Se recopilaron datos sobre el estado preoperatorio, la intervención quirúrgica y el resultado radiológico y clínico con cuestionarios validados. Resultados. En todos los pacientes se consiguió consolidación sin progresión significativa de la deformidad (desplazamiento o cifosis), así como alivio completo del dolor. Los dos casos en que se obtuvo reducción de la cifosis refirieron mayor satisfacción por el resultado cosmético obtenido. No se produjeron complicaciones neurológicas permanentes. La reducción del desplazamiento se asoció en un caso a un déficit neurológico transitorio, pese a haber realizado una descompresión y visualización continua de las raíces durante la reducción. Todos los pacientes han obtenido la fusión del raquis lumbar. Conclusiones. La fusión posterior proporciona resultados clínicos muy satisfactorios en pacientes con espondilolistesis de alto grado.

Palabras clave:

columna lumbar, espondilolistesis de alto grado, tratamiento quirúrgico

Objective. To evaluate the clinical outcome of surgery for high-grade spondylolisthesis. Design. Retrospective cohort study. Materials and methods. Four patients with grade IV and V spondylolisthesis and a follow-up of 1 to 14 years were studied. Information was compiled on the preoperative state, surgical intervention, and radiologic and clinical results using validated questionnaires. Results. Bone healing was achieved in all patients without significant progression of the deformity (displacement or kyphosis), as well as complete alleviation of pain. In the two cases in which kyphosis reduction was achieved, patients reported greater satisfaction with the cosmetic outcome. No permanent neurologic complications occurred. Reduction of the displacement was associated in one case with a transitory neurologic deficit, despite performing decompression under continuous visualization of roots during reduction. All patients achieved successful lumbar fusion. Conclusions. Posterior fusion produced highly satisfactory clinical results in patients with high-grade spondylolisthesis.

Keywords:

lumbar spine, high-grade spondylolisthesis, surgical treatment

TEXTO COMPLETO

Desde su primera descripción como entidad clínica en 1782 por Herbinaux, un obstetra belga, el tratamiento de la espondilolistesis ha constituido un reto técnico y un problema controvertido para los cirujanos ortopédicos. Su incidencia en la población general[1] es alta y el conocimiento de su etiología, patogenia, evolución y tratamiento ha sido objeto de estudio por parte de muchos autores a lo largo de los años.

La mayoría de las espondilolisis y de las espondilolistesis de grados I y II, y de acuerdo con la clasificación de Meyerding, responden bien al tratamiento conservador[2] incluso en la edad adulta, siendo infrecuente la progresión del deslizamiento en espondilolistesis de hasta un 30% después de la adolescencia[1,3,4]. Este buen pronóstico se puede hacer extensivo a aquellos pacientes con mala respuesta al tratamiento conservador y tributarios por tanto de tratamiento quirúrgico[5], con lo que podría afirmarse que el tratamiento de las espondilolisis y de las espondilolistesis de grado bajo y moderado está bien establecido.

En el caso de las espondilolisis y sobre todo entre L1 y L4, la reparación del defecto de la *pars* ha sido descrita con diferentes técnicas (alambres, ganchos, tornillos) y con altas tasas de buenos y excelentes resultados[6]. Los candidatos ideales son los pacientes jóvenes con lisis y sin listesis o con listesis de grado bajo, y en niveles distintos de L5. En este último nivel los resultados de la reconstrucción ístmica son pobres y, sin embargo, excelentes con fusión *in situ.*

Las espondilolistesis de grado moderado sintomáticas a pesar de medidas conservadoras responden muy favorablemente a la fusión *in situ* del segmento afecto con hueso autólogo de cresta ilíaca. Las tasas de fusión alcanzan hasta un 95% de los casos y los resultados clínicos excelentes entre un 80% a un 100% según las series.

No se puede decir lo mismo de las espondilolistesis de alto grado (>50%) o las espondiloptosis, donde la decisión de tratamiento a emplear es muy controvertida y requiere una cuidadosa evaluación por parte del cirujano.

La bibliografía muestra resultados muy heterogéneos con autores que comunican buenos resultados con una determinada técnica, y otros que la desaconsejan. El objetivo del presente estudio es evaluar el resultado del tratamiento quirúrgico de la espondilolistesis de alto grado.

CASOS CLINICOS

Entre 1988 y 2001 4 pacientes han sido intervenidos por espondilolistesis grados IV y V. De forma retrospectiva se evaluaron las complicaciones perioperatorias y el resultado radiográfico inicial, así como al final del seguimiento (desplazamiento sagital, ángulo de cifosis lumbosacra y consolidación). También al final del seguimiento se evaluó el resultado clínico, utilizando las recomendaciones del GEER bibliografía en las siguientes dimensiones: dolor (escala de dolor del cuestionario SF-36), función específica del raquis lumbar (puntuación de discapacidad de Oswestry), calidad de vida relacionada con la salud (SF-36), situación laboral (escala GEER) y satisfacción (escala GEER) (tabla 1).

Tabla 1. Descripción de los casos

Caso	Tiempo seguimiento	Edad	Sexo	Problemas asociados	Grado inicial/final	Cifosis inicial/final	Técnica quirúrgica
1	14 a	13	V	Síndrome de Marfan Escoliosis severa Artrosis de cadera	V/V	40°/42°	Fusión posterolateral transverso-sacra *in situ* no instrumentada L4/sacro
2	11 a	12	M	Hiperlaxitud	IV/III	28°/28°	Fusión posterolateral transverso-sacra *in situ* instrumentada L4/sacro
3	6 a	14	M	Ninguno	IV/IV	0°/-12°	Moderada reducción cifosis + fusión posterolateral transverso-sacra instrumentada L4/sacro
4	1 a	17	M	Radiculopatía L5 Bilateral	V/III	22°/0°	Reducción del desplazamiento y cifosis parcialmente, bilateración L5 bilateral, sin. fusión posterolateral transverso-sacra instrumentada L4/sacro + fusión anterior en un segundo tiempo L5/S1

El seguimiento medio fue de 8 años (1 a 14 años). Las características de los pacientes se recogen en la tabla 1. En todos los casos se obtuvo consolidación sin progresión significativa de la deformidad (desplazamiento o cifosis) (fig. 1). Todos los pacientes obtuvieron alivio completo del dolor: no consumo de fármacos, actividad sin restricciones (en el caso 1 diagnosticado de síndrome de Marfan, con artrodesis de una cadera y con las limitaciones ocasionadas por el resto de problemas ortopédicos y de otra índole que padecía). Los dos casos en que se obtuvo reducción de la cifosis refirieron mayor satisfacción por el resultado cosmético obtenido. No se produjeron complicaciones neurológicas permanentes. El caso 4 (en el cual se realizó maniobra de reducción parcial del desplazamiento sagital) sufrió neuroapraxia L5 derecha, que se resolvió espontáneamente en 10 meses.

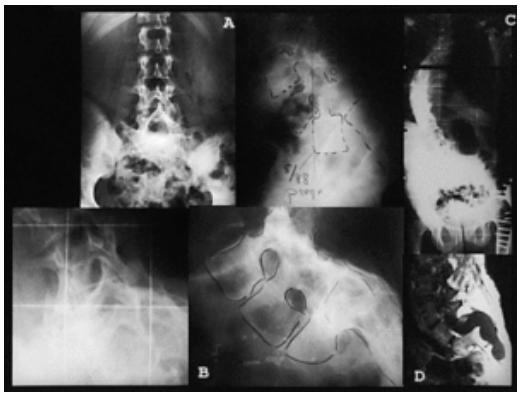


Figura 1. *Caso 1. (A) A.G.D. (1988) 13 años. Radiografías anteroposterior y lateral preoperatorias. (B) A.G.D. (2002) 27 años. Radiografías anteroposterior y lateral, 14 años postoperatorias. (C) A.G.D. (2002) Telerradiografía: artrodesis de cadera izquierda, progresión de la escoliosis (T3/-T8 = 30° - T8/L4 = 55°), no déficits neurológicos en miembros inferiores, escasos síntomas en relación con la espondiloptosis operada. (D) A.G.D. (2002) resonancia magnética nuclear: ectasia dural en región sacra, sin hallazgos de compromiso neural.*

En los tres casos que asociaron instrumentación, ésta fue considerada técnicamente dificultosa por el cirujano. En el caso 4 se llevó a cabo artrodesis circunferencial en dos tiempos. En el tiempo posterior (reducción parcial y fusión posterolateral instrumentada L4-L5-S1) se consumieron las 4 unidades de sangre obtenidas mediante autodonación preoperatoria. El tiempo anterior se demoró para permitir la recuperación de los niveles de hemoglobina de la paciente (mediante tratamiento con eritropoyetina). En el tiempo anterior se utilizó un implante intersomático de tantalio (no asociado a auto o aloinjerto). No fue necesaria transfusión adicional de hemoderivados.

Los resultados valorados mediante técnicas de imagen aparecen reflejados en las imágenes que se presentan en las figuras de la 1 a la 4. Los resultados clínicos evaluados según los criterios propuestos por el GEER se resumen en la tabla 2.

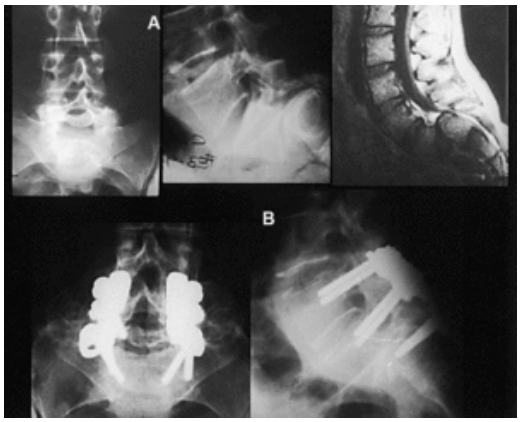


Figura 2. *Caso 2. (A) C.D.S. (1990) 12 años. Estudio radiográfico anteroposterior y lateral y resonancia magnética nuclear preoperatorias. (B) C.D.S. (2002) 23 años. Control radiográfico 11 + 5 años postoperatorios.*

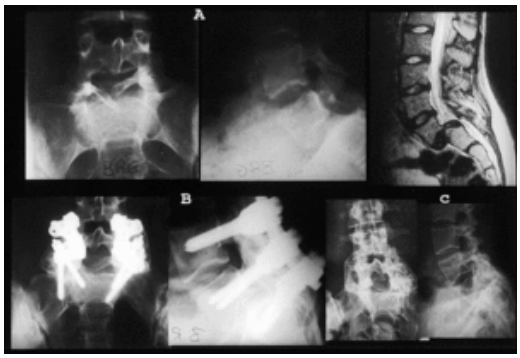


Figura 3. *Caso 3. (A) B.R.G. (1996) 14 años. Radiografía y resonancia magnética nuclear preoperatorias. (B) B.R.G. (1999) 17 años. Radiografías anteroposterior y lateral, 3 años postoperatorio. (C) B.R.G. (2002) 20 años. Control radiográfico tras retirada de la instrumentación (6 años postoperatorio).*

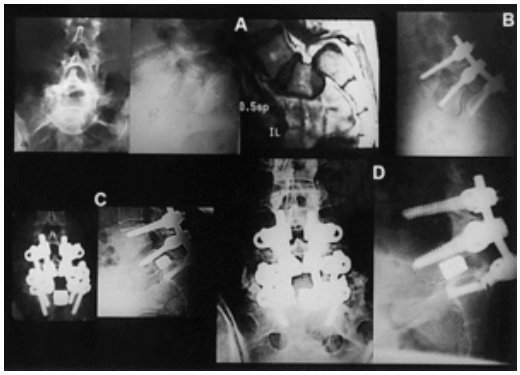


Figura 4. *Caso 4. (A) 2001; 17 años. Radiografías anteroposterior y lateral y resonancia magnética nuclear preoperatorias. (B) 2001; 1.er tiempo: reducción parcial y fusión L4L5/S1 transversosacra instrumentada. (C) 2001; 2.º tiempo: laparotomía retroperitoneal y fusión L5/S1 con implante de* tántalo. *(D) 2003; un año postoperatorio: radiografía anteroposterior lateral (obsérvese la rotura de los tornillos sacros sin pérdida de corrección).*

Tabla 2. Resultados clínicos al final del seguimiento

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Media
Cuestionario general de salud SF-36					
Función física	72,2	100,0	94,4	94,4	90,5
Rol físico	100,0	100,0	100,0	100	100,0
Dolor corporal	70,0	100,0	67,5	100	84,4
Funcionamiento social	87,5	100,0	50,0	100	84,4
Salud mental	60,0	100,0	52,0	80	73,0
Rol emocional	33,3	100,0	0,0	100	58,3
Vitalidad	55,0	100,0	50,0	55	65,0
Salud general	35,0	100,0	60,0	85	70,0
Función específica del raquis lumbar					
Puntuación de discapacidad de Oswestry (en escala de 100)	6	0	14	0	5,0
Situación laboral	Remunerado	Remunerado habitual	Remunerado habitual	Estudiante	
Satisfacción con la situación actual	Muy satisfecho	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	

DISCUSIÓN

La fusión *in situ,* con diferentes variantes[7], ha sido y sigue siendo el método de elección para muchos autores. Algunos, como J.R. Johnson y E. O'G Kirwan[8], recogen los resultados a largo plazo de 17 pacientes tratados de esta manera y concluyen que es un método seguro y fiable, que no mejora la cosmética, aunque ello no haya supuesto quejas de los pacientes por su apariencia, y que sobre todo ha soportado la prueba del tiempo.

Para otros la fusión *in situ* sería el método a aplicar incluso en casos de espondilolistesis severas con afectación neurológica, que regresaría al conseguirse la estabilización. Peek y Wiltse publican los resultados mediante fusión *in situ* de 8 pacientes con espondilolistesis con desplazamiento medio del 82% que presentaban dolor radicular severo. El seguimiento fue de 5,5 años, habiéndose conseguido la fusión en todos los casos. Los déficits neurológicos se recuperaron excepto dos reflejos aquíleos abolidos o disminuidos, no describiéndose complicaciones y reincorporándose todos los pacientes a su ocupación habitual.

Algunos autores aportan buenos resultados en pacientes con espondiloptosis no tratados quirúrgicamente[9]. Personalmente, hemos tenido la oportunidad reciente de atender a una paciente de 32 años que padece una espondiloptosis L5/S1 y que ha permanecido asintomática hasta la actualidad, en que desarrolla una actividad profesional y personal sin restricciones, por lo que no se ha indicado tratamiento alguno (fig. 5).

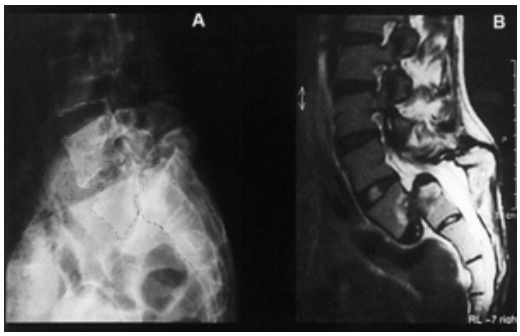


Figura 5. *(A) Radiografía lateral; (B) estudio de resonancia magnética nuclear en mujer de 32 años que presenta espondilolistesis de alto grado asintomática L5/S1.*

Sin embargo no todas las opiniones son coincidentes en este pronóstico tan favorable de las fusiones *in situ.* La tasa de pseudoartrosis[10], la progresión de la deformidad a pesar de una aparente consolidación, la persistencia del defecto cosmético[11] o de la alteración de la marcha, posibles complicaciones a largo plazo, etc., han sido y son para otros razones para intentar mejorar los resultados mediante técnicas más agresivas a pesar del mayor riesgo de complicaciones, especialmente neurológicas que ello comporta. En este sentido, ni siquiera las fusiones *in situ* sin descompresión previa están exentas de estas posibles complicaciones

neurológicas graves. Se han descrito casos de síndrome de cola de caballo tras una fusión *in situ* tal vez debida al sangrado intratecal traumático o por aumento de la deformidad durante la colocación del paciente o durante el acto quirúrgico.

Las opciones terapéuticas, por tanto, son múltiples y con múltiples variables.

Las artrodesis *in situ* pueden ser con o sin descompresión, con o sin instrumentación, anteriores, posteriores o combinadas, en un tiempo quirúrgico o en más, con diferentes tipos de injertos y con diferentes tipos de implantes. Variará por tanto el tratamiento postoperatorio y su duración.

De igual manera ocurre si se considera la necesidad de reducción de la deformidad. Desde que Scherb en 1921 publica por primera vez la reducción cerrada y fusión como tratamiento de la espondilolistesis, numerosos métodos de reducción ortopédica han sido propuestos; sin embargo, ninguno de ellos se ha mostrado suficientemente eficaz ni exento de complicaciones como para atraer de forma más o menos unánime a los partidarios de ese tipo de tratamiento.

No obstante, la reducción cerrada previa y/o posterior a la cirugía de fusión sigue siendo la opción en la actualidad para algunos[12]. Dubousset comunica 17 casos tratados mediante reducción progresiva en hiperextensión, seguida de inmovilización en yeso. Posteriormente lleva a cabo una fusión posterolateral a través del yeso sin instrumentación y sin apertura del canal raquídeo. La fusión anterior estaría indicada, según este autor, en los casos en los que la reducción de la cifosis lumbosacra se mantuviera por debajo de un ángulo de 100°, y como primer tiempo quirúrgico por vía retro o transperitoneal, utilizando injerto tibial de acuerdo con la técnica de Debeyre y Verbiest.

Igual objetivo se persigue con las reducciones abiertas, cuya finalidad sería la corrección de la cifosis lumbosacra y la disminución del desplazamiento sagital, así como la obtención de una mayor superficie ósea que facilite la consecución de la fusión.

Uno de los primeros de estos métodos de amplia difusión utiliza los tallos de Harrington a distracción desde niveles lumbares altos o dorsales hasta las alas del sacro[13]. Este método propuesto por Morscher en 1975 fue desaconsejado por otros autores[14,15], ya que sus resultados no fueron satisfactorios habiéndose descrito un buen número de complicaciones neurológicas y de otra índole: reproducción posterior de la deformidad, progresión del deslizamiento u otros efectos secundarios indeseables (aplanamiento de la lordosis lumbar, verticalización del sacro con descompensación en el plano sagital, etc.).

Las posibles ventajas de la reducción (mejores tasas de fusión, menor riesgo de progresión de la deformidad, mejoría de la cifosis lumbosacra, etc.) no han sido suficientemente sustentadas por estudios confirmatorios. La mejoría cosmética es indiscutible en muchos casos, aun cuando en

algunas series los pacientes sometidos a fusión *in situ,* y por tanto sin ganancia cosmética, no parecen considerar este inconveniente como tal. Otros, sin embargo, sí lo consideran de suficiente importancia como para asumir el riesgo neurológico que estas maniobras conllevan.

En el caso 4 de nuestra serie la mejoría cosmética ha sido el aspecto que más satisfacción ha causado a la paciente junto con la remisión del dolor. El transitorio déficit de la raíz de L5 derecha no es considerado por la misma como valorable para desestimar la reducción.

Con posterioridad al uso de los tallos de Harrington un buen número de técnicas han ido apareciendo en la literatura, especialmente desde la mayor difusión de los sistemas de síntesis transpedicular usados como complemento biomecánico de una fusión posterolateral *in situ* o como sistema de reducción de la listesis añadiendo o no una fusión intersomática posterior o anterior, con o sin descompresión previa o tras la resección completa de la vértebra listética[11,16].

Muschik et al[17] comparan un grupo (29 pacientes) a los que realizaron una artrodesis anterior sin instrumentación con otro grupo (30 pacientes) al que añadieron además una artrodesis posterior pedicular instrumentada tras reducción.

Poussa et al[18] realizaron un estudio comparativo entre un grupo (11 pacientes) al que practicaron una fusión posterior tras reducción con sistema pedicular Magerl/Dick asociada a una fusión anterior L5-S1 en un segundo tiempo, y otro grupo (11 pacientes) sometido a una fusión *in situ* sin instrumentación L4-S1 o L5-S1 mediante fusión posterolateral L4-S1 (un caso), fusión posterolateral L4-S1 combinada con fusión intersomática anterior L5-S1 en la misma cirugía (6 casos), y fusión intersomática anterior L5-S1 (4 casos).

En ambos estudios se compararon los resultados en cuanto a incidencia de pseudoartrosis, reducción del deslizamiento, reducción de la cifosis lumbosacra y resultados clínicos. Los resultados pertenecientes al grupo de pacientes sometidos a reducción y fusión instrumentada fueron más favorables en cuanto a los parámetros mesurables, mientras que los resultados clínicos, tanto objetiva como subjetivamente, no mostraban diferencias entre los dos grupos en ambas series.

Recientemente un buen número de estudios defienden la conveniencia de fusiones circunferenciales instrumentadas en las espondilolistesis de alto grado con desequilibrio sagital[12,16,19], aunque las técnicas que se proponen son variables.

Molinari et al[10] obtienen unas tasas de fusión del 100% en un estudio comparativo de dos series de pacientes con espondilolistesis de grados III o IV.

En el grupo 1 (18 pacientes) se aplicó una fusión posterior *in situ* L4/sacro en 11 y una fusión

posterior instrumentada con descompresión y reducción en 7. En el grupo 2 (19 pacientes) se practicó una reducción y fusión circunferencial con injerto anterior estructural tricortical autólogo de cresta ilíaca.

La incidencia de pseudoartrosis en el grupo 1 fue de un 39% (7 de 18 pacientes) y del 0% en el grupo 2 (0 de 19). Los 7 pacientes con pseudoartrosis del grupo 1 consiguieron la consolidación tras nueva intervención quirúrgica consistente en una fusión circunferencial.

Los resultados clínicos (dolor, función, satisfacción, etc.) fueron satisfactorios en todos los pacientes que obtuvieron una buena consolidación con uno u otro procedimiento.

Las conclusiones de muchos autores coinciden en que estos resultados clínicos en cuanto a dolor, función y satisfacción en general de los pacientes son buenos o incluso excelentes en los casos en que la fusión se ha conseguido, con independencia de la técnica o modalidad utilizada[10,18].

Conflicto de intereses. Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Por otra parte, ninguna entidad comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estemos afiliados.

BIBLIOGRAF??A

[1] The natural history of spondylolysis and spondylolisthesis. J Bone Joint Surg Am 1984;66A:699-707.

[2] Brace Treatment for symptomatic spondylolisthesis. Clin Orthop 1988;236:192-8.

[3] Operative and conservative treatment of moderate spondylolisthesis in young patients. J Bone Joint Surg Br 1990;72B:908-13.

[4] , Schlenzka D, Poussa M. Progression of spondylolisthesis in children and adolescents: a long-term follow-up of 272 patients. Spine 1991;16:417-21.

[5] Surgical treatment of spondylolisthesis in children and adolescents. J Bone Joint Surg Br 1981;63B:67-70.

[6] Repair of the defect in spondylolysis or minimal degrees of spondylolisthesis by segmental wire fixation and bone grafting. Spine 1985;10(7):673-9.

[7] Severe spondylolisthesis in children and adolescents. J Bone Joint Surg Br 1990;72B:259-65.

[8] The long-term results of fusion in situ for severe spondylolisthesis. J Bone Joint Surg Br 1983:65B:43-6.

[9] Long-term follow-up of patients with grade-III and IV spondylolisthesis. Treatment with and without posterior fusion. J Bone Joint Surg Am 1987;69A:960-9.

[10] Complications in the surgical treatment of pediatric high-grade, isthmic dysplastic spondylolisthesis. A comparison of three surgical approaches. Spine 1999;24(16):1701-11.

[11] Treatment of L5-S1 spondyloptosis by staged L5 resection with reduction and fusion of L4 onto S1 (Gaines Procedure). Spine 1994;19(17): 1916-25.

[12] Treatment of spondylolysis and spondylolisthesis in children and adolescents. Clin Orthop 1997;337:77-85.

[13] Severe lumbosacral spondylolisthesis in adolescents and children. J Bone Joint Surg Am 1981;63A:619-26.

[14] Staged salvage reconstruction of grade-IV and V spondylolisthesis. J Bone Joint Surg Am 1987; 9A,2:191-202.

[15] Spondylolysis and spondylolisthesis. Acta Orthop Scan 1975;46:498-506.

[16] Severe Spondylolisthesis: reduction and internal fixation. Clin Orthop 1988;232:70-9.

[17] Surgical management of severe spondylolisthesis in children and adolescents. Spine 1997;22(17):2036-43.

[18] Surgical treatment of severe isthmic spondylolisthesis in adolescents: reduction or fusion in situ. Spine 1993;18(7):894-901.

[19] One-stage descompression and posterolateral and interbody fusion for severe spondylolisthesis: an analysis of 14 patients. Spine 1999;24:709-14.

Suscríbase a la *newsletter*

Introduzca su email

Contenido especial sobre COVID-19

- Efecto de la pandemia COVID en las urgencias traumatológicas pediátricas en tres zonas de España con distinta incidencia
- [Artículo traducido] Mortalidad a 30 días en pacientes con fractura de fémur proximal durante la pandemia COVID-19 en Vizcaya (País Vasco)
- Análisis cuantitativo y cualitativo de la influencia del confinamiento por COVID-19 en los pacientes con fractura ingresados en un servicio de traumatología en un hospital de tercer nivel
- Thirty-day mortality in

patients with a proximal femur fracture during the COVID-19 pandemic in Biscay (Basque Country)

Ver más

Herramientas

- Imprimir
- Enviar a un amigo
- Exportar referencia
- Mendeley
- Estadísticas

Artículos recomendados

Evolución clínica y presencia de edema óseo subcondral a...
Rev Esp Cir Ortop Traumatol 2019;63:253-60

Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología se adhiere a los principios y procedimientos dictados por el Committee on Publication Ethics (COPE) www.publicationethics.org.

Publique en

Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

- Guía para autores
- Envío de manuscritos
- Ética editorial
- Contactar

Implantes y Sistemas Ortopédicos S.A.

NIT: 8000613577

Somos Autoretenedores según resolución No. 7662 Septiembre 12 de 2014, somos Grandes contribuyentes, según resolución No. 2031 Diciembre 23 de 2008
ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU 4659 ACTIVIDAD ECONÓMICA ICA 203 TARIFA 7.70 X1000

Régimen Común - Registro No. 03-5294-15

RESOLUCIÓN DIAN No. 18762001662951 POR COMPUTADOR RANGO AC15001 - AC18000 DEL 02/02/2017

FACTURA DE VENTA No. AC015122

NOM.CLIENTE:	CENTRO MEDICO IMBANACO	**FECHA DE FACTURA Día / Mes / Año**	**FECHA DE VENCIMIENTO Día / Mes / Año**
No. NIT:	8903072005	17.02.2017	18.04.2017
DIRECCION:	CRA 38 A 54 100	**FORMA DE PAGO:**	PAGO 60 DIAS
CIUDAD:	CALI	**REMISIÓN:**	200009095
TELEFONO:	6821000		
PACIENTE	JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA	**ID**	16719326
DOCTOR	CASAS GERARDO	**CLINICA**	CENTRO MEDICO IMBANACO

REFERENCIA	DESCRIPCION	PESO	CANT.	IVA%	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
DSN2299	ELECTRODO AGUJA INDIVIDUAL NIM- ECLIPSE	186,00 G	10	19	211.739	2.117.390
DSN1260	ELECTRODO AGUJA SENCILLO	7,60 G	1	19	192.391	192.391
DME1004	ELECTRODO TIERRA 35 X 5 CM NIM- ECLIPSE	15,40 G	1	19	154.022	154.022
9450003FN	ELECTRODOS (PARA EMG Y/O MEP) FIS-NE	0,00 KG	1	19	1.847.826	1.847.826
8600-1000	ALLOMATRIX DE 10.0 CC	400,00 G	1	0	5.588.370	5.588.370
7570955	TORNILLO DE SEGURIDAD	5,60 G	4	0	554.348	2.217.392
7571080	BARRA 5.5 X 80MM	9,20 G	1	0	831.522	831.522
7576545	TORNILLO LONGITUDE 6.5 X 45MM	7,40 G	1	0	831.522	831.522
7576550	TORNILLO LONGITUDE 6.5 X 50MM	24,00 G	3	0	831.522	2.494.566

OBSERVACIONES ORDEN No: 58194674 - 127146

NOTA IMPORTANTE:

Para efectos legales esta factura de venta se asimila a la Letra de cambio, según artículo 774 del código de comercio. Después de vencida esta factura cobraremos interés de mora máximo autorizado por la ley.

Se hace constar que la firma de una persona distinta al comprador indica que dicha persona se entiende autorizada expresamente por el comprador para firmar, reconocer la deuda y obligar al comprador.

VALOR BRUTO	16.275.001
DESCUENTO	0
IVA	819.210
SUBTOTAL	16.275.001
NETO A PAGAR	17.094.211

VALOR EN LETRAS

DIECISIETE MILLONES NOVENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS ONCE PESOS M/CTE

Juan C. Sepulveda
FEB 2017
Recibido por Medico Imbanaco Cali S.A.

Implantes y Sistemas Ortopédicos S.A.

Agencia Occidente: Trv. 5 No. 39-55 Barrio Tequen - Tels.: 57 2 4855610 - 57 2 4855611 - isocali@iso.com.co Cali

www.iso.com

ORIGINAL

CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A.

Informe de Recepción

BODEGA DE CENTRAL DE ESTERILIZACION

Fecha Comprobante : 16/02/2017

Nro. Informe Recepción : 58194674

ORIGINAL

Proveedor : 2039 IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS SA ISO

Numero Documento : 200008899 16/02/2017 Concepto :CC-COMPRAS POR CONTRATO

Orden de Compra : 126848 10/02/2017 11:41:01 Solicitud Par:70439

Codigo	Descripcion	Uni. Medida	Cant Solic. por OC.	Cantidad Recibida	Valor Unitario	Valor Total Compra	Valor Total sin Iva
40626075	SUSTITUTO OSEO INYECTABLE ALLOMATRIX PUTTY 10 CC REF 8600-1000 (ISO)	UND	1	1	$ 5.588.370,00	$ 5.588.370,00	$ 5.588.370,00
40662145	ELECTRODO AGUJA INDIVIDUAL NIM-ECLIPSE REF DSN2299 (ISO)*	UND	10	10	$ 251.969,41	$ 2.519.694,10	$ 2.117.390,00
[illegible]069	ELECTRODO AGUJA SENCILLO REF DSN1260 (ISO)*	UND	1	1	$ 228.945,29	$ 228.945,29	$ 192.391,00
40662348	ELECTRODOS (PARA EMG Y/O MEP) FIS - NE REF 9450003FN (ISO)*	UND	1	1	$ 2.198.912,94	$ 2.198.912,94	$ 1.847.826,00
40662360	SENSOR DE 35 X 5 CM 24PK NIM-ECLIPSE REF DME1004 (ISO)*	UND	1	1	$ 183.286,18	$ 183.286,18	$ 154.022,00

Total Ingreso : $ 10.719.208,51

Total Notas Débito: $ 0,00

Total Notas Crédito: $ 0,00

Observaciones : NOMBRE PACIENTE: ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO, NÚMERO HC: 5529142, NOMBRE MÉDICO: CASAS CASTILLO GERARDO, ENTIDAD: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.. CONVENIO

Procesado

HAYDEE OROZCO

Jefe Almacen

CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A.

Centro Médico Imbanaco® Nit:890.307.200-5
Vocación de Servicio CRA. 38 BIS NO. 5B2-04 Conmutador:6821000 SANTIAGO DE CALI COLOMBIA

ORDEN DE COMPRA No. 127146
MATERIALES

Proveedor: IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS SA ISO NI 800061357-7
Dirección: CR 47 A #114-17 Teléfono: 215-8355
Ciudad: BOGOTA (DISTRITO CAPITAL) Fax: 215-6255

Fecha Orden		
Dia	Mes	Año
17	02	2017

Código	Marca	Descripción	Invima	Und.Med.	Cant.	%Iva	Vr Unitario	Vr Total
40662472	MEDTRONIC	BARRA 5.5 X 80 MM REF 7571080 (ISO)	DM-00099 87-04/06/2023	UNIDAD	1	0	$ 831.522,00	$ 831.522,00
40662471	MEDTRONIC	TORNILLO DE SEGURIDAD REF 7570955 (ISO)	DM-00099 87-04/06/2023	UNIDAD	4	0	$ 554.348,00	$ 2.217.392,00
40662418	MEDTRONIC	TORNILLO LONGITUDE 6.5 X 45 MM REF 7576545 (ISO)	DM-00099 87-04/06/2023	UNIDAD	1	0	$ 831.522,00	$ 831.522,00
40662429	MEDTRONIC	TORNILLO LONGITUDE 6.5 X 50 MM REF 7576550 (ISO)	DM-00099 87-04/06/2023	UNIDAD	3	0	$ 831.522,00	$ 2.494.566,00

Forma de Pago: **Neto 90 Días, 10.00 % a 60 días.**

SUBTOTAL	$	**6.375.002,00**
I.V.A	$	**0,00**
TOTAL	$	**6.375.002,00**

Clausulas:

EL NO CUMPLIMIENTO A CUALQUIERA DE LAS CLÁUSULAS ANTERIORES ES CAUSAL DE RETRASO EN EL INFORME DE INGRESO DE LA MERCANCIA, AL IGUAL QUE EL PAGO DE LA FACTURA

Observación: Dist. Exclusivo / Pedido: 1526940 / Comprobante: 58194673 / Nombre Paciente: ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO, Número HG: 5529142, Nombre Médico: CASAS CASTILLO GERARDO, Entidad: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A. / Legalización de material de osteosíntesis / LA FACTURA CORRESPONDIENTE A ESTA ORDEN DE COMPRA DEBE SER RADICADA EN COMPRAS CMI Nombre Paciente: ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO, Número HG: 5529142, Nombre Médico: CASAS CASTILLO GERARDO, Entidad: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A. / Legalización de material de osteosíntesis / LA ~~FACTURA CORRESPONDIENTE A ESTA ORDEN DE COMPRA DEBE SER RADICADA EN COMPRAS CMI~~

IMPORTANTE: La factura debe ser idéntica en descripción y precio a la orden de compra.

ESPECIFICACIONES: El proveedor garantiza que la totalidad de los elementos adjudicados se encuentran en perfecto estado de conservación en empaques que impiden su alteración mientras sean correctamente almacenados sin fecha de expiración próxima y que reune los estandares de calidad propios de este tipo de suministros. Por lo tanto se compromete y ob[illegible] a sustituir sin costo adicional para el comprador todas las unidades que presentan defectos de calidad de empaque, cumpliendo con todas las especificaciones y los tiempos de el[illegible] contenidas en la cotización del 17 de Feb de 2017 documento que hace parte de esta orden de compra.

MODIFICACIONES O ADICIONES: Son consideradas modificaciones o adiciones previsibles el aumento o disminución de las cantidades adjudicadas, cambio de modelo de la marca por suspensión de la producción de lo adjudicado o cambio en la distribución interna de la clínica.

Entrega:Todos los productos requeridos por el CMI deben ser entregados en el Almacén General Sede Principal, dirección carrera 38 bis # 5B2 - 04 sótano dos, a menos que se reciba de la oficina de compras una indicación escrita diferente. Lo solicitado a través de orden de compra de materiales y orden de compra de activos debe ser entregado con FACTURA. En el caso de compra de repuestos para equipos, una vez se coloque el repuesto y el servicio firme al proveedor el documento de recibido a satisfacción, el proveedor debe enviar este documento a la oficina de compras para cerrar la orden de compra y tramitar el pago de la factura.

Multa:En caso de incumplimiento injustificado en la fecha de entrega estipulada en la oferta presentada por el proveedor y registrada en la orden de compra, este se hará acreedor a una multa equivalente al 1% del valor total de la orden de compra por cada día de atraso.

Centro Médico Imbanaco® NIt:890.307.200-5

Vocación de Servicio CRA. 38 BIS NO. 5B2-04 Conmutador:6821000 SANTIAGO DE CALI COLOMBIA

CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A.

ORDEN DE COMPRA No. 127146

MATERIALES

Proveedor: IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS SA ISO NI 800061357-7

Dirección: CR 47 A #114-17 Teléfono: 215-8355

Ciudad: BOGOTA (DISTRITO CAPITAL) Fax: 215-6255

Fecha Orden		
Dia	Mes	Año
17	02	2017

Código	Marca	Descripción	Invima	Und.Med.	Cant.	%Iva	Vr Unitario	Vr Total

Servicio: CIRUGIA

REVISO

Compras

APROBADA

Gerencia Administrativa

Gerencia Financiera

Fecha Entrega		
Dia	Mes	Año
27	02	2017

Aceptada

Firma y Sello Proveedor

IMPORTANTE: La factura debe ser idéntica en descripción y precio a la orden de compra.

ESPECIFICACIONES: El proveedor garantiza que la totalidad de los elementos adjudicados se encuentran en perfecto estado de conservación en empaques que impiden su alteración mientras sean correctamente almacenados sin fecha de expiración próxima y que reune los estandares de calidad propios de este tipo de suministros. Por lo tanto se compromete y obliga a sustituir sin costo adicional para el comprador todas las unidades que presentan defectos de calidad de empaque, cumpliendo con todas las especificaciones y los tiempos de entrega contenidas en la cotización del 17 de Feb de 2017 documento que hace parte de esta orden de compra.

MODIFICACIONES O ADICIONES: Son consideradas modificaciones o adiciones previsibles el aumento o disminución de las cantidades adjudicadas, cambio de modelo de la marca por suspención de la producción de lo adjudicado o cambio en la distribución interna de la clínica.

Entrega:Todos los productos requeridos por el CMI deben ser entregados en el Almacén General Sede Principal, dirección carrera 38 bis # 5B2 - 04 sótano dos, a menos que se reciba de la oficina de compras una indicación escrita diferente. Lo solicitado a través de orden de compra de materiales y orden de compra de activos debe ser entregado con FACTURA. En el caso de compra de repuestos para equipos, una vez se coloque el repuesto y el servicio firme al proveedor el documento de recibido a satisfacción, el proveedor debe enviar este documento a la oficina de compras para cerrar la orden de compra y tramitar el pago de la factura.

Multa:En caso de incumplimiento injustificado en la fecha de entrega estipulada en la oferta presentada por el proveedor y registrada en la orden de compra, este se hará acreedor a una multa equivalente al 1% del valor total de la orden de compra por cada día de atraso.

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326 /51 A os/Masculin
Tel:3747428/AVDA 8 NORTE NO. 10 - 98
Serv:Cirug#a
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:Programa ORO
NroEstudio:0
Ubi:SP SALA05
5529142

Implantes y Sistemas Ortopédicos

RELACION DE GASTOS DE CIRUGIA

Ciudad y fecha Cali, febrero 14 /2017 Remisión N°
Entidad IPS C.M.I Paciente Jan Carlo Zapparata
H.C. 16719326 Documento de Identidad 16719326
Cirujano Gerardo Casas EPS Centro Medico Imbanaco

GASTO CONFIRMADO			
REFERENCIA	DESCRIPCION	CANTIDAD	LOTE
DSN2299	Electrodo aguja individual Nim-eclipse	(10) Diez	
DSN1260	Electrodo Aguja Sencillo	(1) uno	
DME 1004	Electrodo tierra 35x5cm nim-eclipse	(1) uno	
014500038FN	Electrodos (Para Emg y/o mep) fis-Ne	(1) uno	
3600-1000	Allomatrix de 10.0cc	(1) uno	
7590955	Tornillo de Seguridad	(4) cuatro	
9590180	Barra 5.5x 80mm	(1) uno	
9576545	Tornillo longitude 6.5x 45mm	(4) uno	
9576550	Tornillo longitude 6.5x 50mm	(3) tres	

OBSERVACIONES Y /O ADICIONALES: _____

EL MATERIAL ESTERIL QUE SE DESTAPE CON O SIN INTENCIÓN SERA COBRADO POR IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS.

Karen Paramo Jg
FUNCIONARIO DE ISO

Centro Médico Imbanaco De Cali S.A.
CIRUJANO ENTIDAD

NOTA: POR FAVOR COLOCAR LOS STICKERS DE GASTOS EN LA PARTE INFERIOR DE ESTA HOJA (SI LOS HAY Y E DEL PRODUCTO CONSUMIDO).

WRIGHT Wright Medical Technology, Inc. 1023 Cherry Road Memphis, TN 38117, USA
REF 86001000
LOT 1583775
2020-12-31
2016-08-10
ALLOMATRIX® Injectable Putty
TISSUE SOURCE
AlloSource
6278 South Troy Circle
Centennial, Co 80111
AATB ACCREDITED
DONOR ID: 154941
vol:10cc
ATTACH TO PATIENT RECORD (2) STERILE R

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

HOJA DE GASTOS - CIRUGIA
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Procedencia:		
Hoja de Gastos	**Cuenta**	**Recepción en servicio**
5529142	7771916	14/2/2017 2:00 pm

DATOS GENERALES

Paciente: ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO ✓ | **Genero:** M | **Edad:** 51 Años | **Documento de Identidad** CC 16719326

Entidad: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A. | **Paquete: NO** | **Plan:** Programa ORO

Tipo de Anestesia: General ■ Conductiva ☐ Ambas ☐ Local - Sedación ☐ Local ☐ Bloqueo Regional ☐

PROCEDIMIENTO(S)

SALA: 112930 (SP SALA05)

030207	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO (EXCEPTO SEGMENTO CERVICAL) Y RAICES ESPINALES POR FORAMINOTOMIA POSTERIOR

+ disectomia, Lumbar via anterior. con Instrumentacion - Descompresion

Cirujano: CASAS CASTILLO GERADO ✓ | **Anestesiólogo:** CRUZ ARCINIEGAS CAMILO ✓ | **Ayudante:** DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS ✓

Instrumentador(a): BADEL GAMEZ MARIA ISABEL ✓ | **Circulante:** ~~ROMAN MARIA DEL CARMEN~~ | **Otro:**

Alba valencia
Veronica zamora recibe Quirofano

TIEMPOS

Programada:	14:00
Paciente a preparación:	13:49.
Hora ingreso paciente a sala:	14:20 Por Firma Anestesiologo
Hora ingreso cirujano:	14:00
Hora ingreso anestesiologo:	14:20
Hora entrega al deposito:	21:05
Hora entrega Deposito - Jefe:	
Hora entrega Jefe - Deposito:	

Recuperación:	Inicio	Final
	UCPA	

360 310

DERECHOS DE SALA Y PERSONAL

Cirugia menor: _____
Derecho Qx Tipo-I: _____
Derecho Qx Tipo-II: _____
Derecho Qx Tipo-III: _____ (1) 60 (300) MIN
Recuperacion: 0 1 2
Perfusionista: _____
Instrumentador: _____
Circulante: _____
Enfermeria: _____
Cirujano plastico socio: _____
Cirujano plastico NO socio: _____
Cirugía Dermatológica: _____

ANTIBIOTICO PROFILACTICO

☑ Aplica ☐ No Aplica ☐ Viene de Otro Servicio ☐ Por Orden Medica no se Aplica

Profilaxis	Dosis	Hora	Refuerzo Profilaxis	Dosis	Hora
Kefzol	2 gr	15:00.	Kefzol	1gr	16:50
					20:05

OK

DERECHOS EQUIPOS Y MONITORIA

- ■ ELECTROBISTURI Pedal Bipolar (2)
- ☐ MICROSCOPIO ALTA COMPLEJIDAD
- ■ AMPLIFICADOR IMAGEN (2)
- ☐ TORNIQUETE ELECTRONICO
- ☐ ARTROSCOPIO
- ☐ MOTOR Y EQUIPO OSC
- ☐ VAPR
- ☐ SHAVER ORTOPEDIA
- ☐ MIDAX REX

☐ ELECTROBACK

T.O.T # 7.5 anillado
Viscoteaxs.
Latex

SE abre Hoja M.O.S.

* Equipo de Electromiografia (Monitoreo) (1)

Transil = 40 Unidades

ELEMENTOS CONSUMIDOS

- ☑ ROPA ARTROSCOPICA Rop. Rop. Central

AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ☐ RADIOGRAFIAS
- ☐ TRANSFUSIONES
- ☐ EXAM. LABORATORIO
- ☐ CULTIVOS
- ☐ PATOLOGÍAS (DEFINITIVAS)
- ☐ PATOLOGÍAS (CONGELACIÓN)

MEDICAMENTOS

- ■ OXIGENO POR HORA (1) (5) HA
- ☐ OXIGENO Y OXIDO NITROSO
- ☐ SEVORANE POR CC
- ☐ ISORANE POR CC
- ■ DESFLUORANE POR CC 130
- ■ PLACA ELEC. VALLEYLAB ADULTO
- ■ LINER DE 3200 1 UND
- ☐ LINER DE 1800
- ☐ LINER DE 1300
- ☐ PLACA ELECT. VALLEYLAB PEDIATRICA

4111002 → 1
4124005 → 1
1650204a → 1

Natalia S. 02:44am

Destino: Hospitalización ☐ Ambulatorio ☐ **Otra institución:**

Nombre circulante: Alba valencia Veronica Zamora. **Hora Salida Quirófano:** 20:15

Alergia a la Dipirona

SOBRE LAS NO COBERTURAS DE MI

MARTHA ELENA PINEDA BOTINE

Superior a cien mil pesos, consignarla sin v

Banco:

CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A.

Nro. 269318

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA	Edad: 51 Años	Identificación: CC 16719326
Sala: SP SALA05		Fecha: 14/02/2017 14:00:00
Procedimiento: Cirugias Columna Lumbo Sacra con Instrumentación (BPM)		
Entidad: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.		
Usuario Crea Canasta: JULIAN ANDRES OJEDA MARTINEZ		

Sets Adicionados

Nro Set	Set	Tipo
194516	COMPLEMENTO SET MP - PARTICULAR	ANESTESIA
194527	SET DE MEDICAMENTOS ANESTESICOS (PRODUCTO COMUN)	SET DE CIRUGIA

Código	Insumo	Cantidad
	T.O.T anillado 7.0 - 7.5 - 8.0	1 c/u.
	- Esmeron	
	- Quelicin	
	- Ketamina	
	Alfentanilo	
	Hartmann 500 cc = 3.	
	Equipo bomba = 2	
	Ondas x 8 mg.	
	Antiembolicas T x L = 1	
	Piernieras T ⇒ M 1/2 pierna	
	Camilla de Recuperación.	
	SSN 1000 cc = 3	
	PDS 1 CT1	2.
	PDS 2/0 CT1	2.
	Monocryl 3/0	2.
	Tornados medios	3
	Jabon Mediano	(1)
	Hidrocortisona	1
	Bupivacaina = 1	
	Tornados = 3	
	Tornados 22A = 3.	
	Kefazol = 1	
	Esmeron = 1	
	Remifentanyl = 2	
	Propofol 20ml = 1	
	Voncomicina = 1	
	Aposito Abdominal Cardiaco	
	Cefadem Cefalo = 1	
	Kefazol 1gr. = 1	

CANASTA
269318
JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
Identificacion: CC 16719326
Proc: Cirugias Columna Lumbo Sacra co
Fecha: 14/02/2017 02:00:00 p. m.
Sala: SP SALA05
Entidad: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S

CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S..

Insumos Cansta

Canasta Nro. 269318

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA	Identificación: 16719326	Edad: 51 Años
Entidad: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.	Sala: SP SALA05	Fecha: 14/02/2017 14:00:00
Procedimiento: Cirugias Columna Lumbo Sacra con Instrumentación (BPM)		

Código	Insumo	Ud Consumo	Cantidad	Ubicación
41109018	COMPRESA DE 45 X 45 ESTERIL 4 CAPAS TIRA RADIOPACA PRELAVADA X 5 UND CURITY 6522	PAQUETE	3	Bloque F (FONDO)->F-4->F-4-4
41914013	BIOSYN UD 3/0 30 P-12 REF SM-5638	SOBRE	1	

CENTRO MÉDICO IN CALI S.A.

Insum

Canasta Nro. 269318

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA	Identificación: 16719326	Edad: 51 Años
Entidad: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.	Sala: SP SALA05	Fecha: 14/02/2017 14:00:00
Procedimiento: Cirugias Columna Lumbo Sacra con Instrumentación (BPM)		

Código	Insumo	Ud Consumo	Cantidad	Ubicación
10312026	KEFZOL X 1 G. AMP.	AMPOLLA	2 NO	
10409003	ATROPINA SULFATO AMPOLLA X 1 MG/ML	AMPOLLA	1 No	
19201019	DEPOMEDROL X 40 MG/ML AMP.	AMPOLLA	1	
11703006	CLORURO DE SODIO 0.9% 100 R:ARB 1302	BOLSA	1 NO	
51103002	DURAPREP SOLUCION R:8630	UNIDAD	2	
12101028	ROXICAINA JALEA 2% TUBO X 30 ML.	TUBO	1	
41114001	SURGICEL 4 X 8 REF: 1952	UNIDAD	1	
41111002	TORUNDAS DE AMIGDALA 1/2 X 1/2 2217	SOBRE	2	
41112003	MECHA NASAL REF:2248	SOBRE	1	Bloque C->C-2->C-2-1
41904001	SURGIPRO 3/0 18 BLUE P-14 SP5663 (DG)	SOBRE pidano	1	
41911001	CERA PARA HUESOS W 31 G JYJ CX12	SOBRE	1	
13504003	DICYNONE X 250 MG. AMP.	AMPOLLA	2	
11703032	CLORURO DE SODIO X 2MEQ./ML. AMP. XBA0014	AMPOLLA	6	
12101018	BUPINEST 0.75% S/E X 10 ML. AMP.	AMPOLLA	2 NO	
40901015	RESERVORIO 450 MLTS. 2162 J-VAC	UNIDAD	1	Bloque A->A-4->A-4-3
44109001	CYSTOFLO ADULTO ESTERIL MRD2926P	UNIDAD	1	
41111004	TORUNDAS DE VESICULA 1/4 X 1/2 2216	SOBRE	2	
41120003	IOBAN APOSITO REF: 6650	UNIDAD	1	
41909008	PDS II 3/0 SH Z316H CX36 JYJ	SOBRE	1	
41902022	SEDA 2-0 SC26 185T (JYJ) CX24	SOBRE	1	
41134007	GASA ESTERIL RADIO OPACO 10CM X 10CM 259	UNIDAD	2	Bloque C->C-2->C-2-4
10408024	NEXIUM X 40 MG. AMP.	AMPOLLA	1	
41124005	STERI DRAPE REF 1015	UNIDAD	2	Bloque A->A-1->A-1-8
41907034	VICRYL PLUS 3-0 SH 70CMS XYVCP316H CX36 JYJ	SOBRE	1	
13201134	PROFENID I.V X 100 MG. AMP.	AMPOLLA	1	
41907042	VICRYL PLUS 2-0 1-SH 70CMS XYVCP317H CX36 JYJ	SOBRE	1	
41907043	VICRYL PLUS 2-0 CT-1 90CMS SH XYVCP345H CX36 JYJ	SOBRE	1	
41907046	VICRYL PLUS 1 1-CT-1 90CMS XYVCP347H CX36 JYJ	SOBRE	1	
41909021	PDS II PLUS VLT 1 70 CM CT PDP353H CX36	SOBRE	2	
40803051	SONDA FOLEY # 16 2 VIAS B.5 CC	UNIDAD	1	
43502044	CATETER CTRAL VEN 1 L. 22 G 8 CM REF. 1212-08	UNIDAD	1	Bloque A->A-2->A-2-1
43301022	LIGA CLIPS HEMOSTATICO MEDIANO B2180-1 AZUL	CARTUCHO	3	Bloque A->A-1->A-1-3
43301023	LIGA CLIPS HEMOSTATICO MEDIO-LARGO V3120-1 VERDE	CARTUCHO	3	Bloque A->A-1->A-1-3
41134016	GASA PARA LAMINECTOMIA ESTERIL PAQ. X 10 UND	PAQUETE	2	Bloque C->C-2->C-2-1
10302057	GENTAMICINA X 160 MG. AMP.	AMPOLLA	1	
41139014	APOSITO TEGADERM + PAD 9X20CM REF. 3590	UNIDAD	1	
42208011	MEDIAS ANTIEMBOLICAS T.E.D MEDIANA REGULAR / CINTURA REF. 3144	PAR	1	
41110016	COTONOIDE 1/2 X 1 REF. 2229	BOLSA	2	
41110017	COTONOIDE 1 X 3 REF. 2234	BOLSA	2	
41110019	COTONOIDE 1/2 X 2 REF. 2254	BOLSA	1	
41110020	COTONOIDE 1/2 X 1 1/2 REF: 2230	BOLSA	2	
41110020	COTONOIDE 1/2 X 1 1/2 REF: 2230	BOLSA	2	
12101069	BUPIROP 0.5% EPINEFRINA 1:200.000 FRASCO X 20 ML	VIAL	2 NO agotada	
42208016	MEDIA ANTIEMBOLICA MUSLO LARGE REGULAR 3728LF	UNIDAD	1	

Edad: 51 Años
Fecha: 14/02/2017 14:00:00

Control del Material de Osteosíntesis

Página: 1/1
Código: R-CIR-0005
Edición No: 1
Fecha de creación: 04/12/2012

CONTROL MATERIALES DE OSTEOSINTESIS

FECHA: 14-02-17

CIRUJANO: Eduardo Cardona

USO EXCLUSIVO DE FACTURACIÓN

No. Corte: 58194674 C.M: ISO

C. x Contrato: 58194673 C.M: ISO

C. Directa: C.M:

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/51 Años/Masculino
Tel:3747428/AVDA 8 NORTE NO. 10 - 98
Serv:Cirugia
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:Programa ORO
NroEstudio:0
Ubi:SP SALA05
5529142

DESCRIPCION	LONG/ ORIFICIO	CANT
WRIGHT Wright Medical Technology, Inc. 1023 Cherry Road | Memphis, TN 38117, USA REF 86001000 LOT 1583775 2020-12-31 2016-08-10 TISSUE SOURCE AlloSource 6278 South Troy Circle Centennial, Co 80111 AATB ACCREDITED DONOR ID: 154941 ALLOMATRIX® Injectable Putty 40626076 vol:10cc (1) ATTACH TO PATIENT RECORD (2) STERILE R		
PLACA LCP 3,5 RECTA PESADA		
PLACA LCP RECONSTRUCCION 3,5 RECTA		
PLACA RECONSTRUCCION 3,5 CURVA		
PLACA DHS 135°		
TORNILLO DE COMPRESION		
TORNILLO DE TRACCION		
CLAVO GUIA ROSACADA DE 2,5 MM		
PLACA LCP 4,5/5,0 MM ANCHA ( ) ESTRECHA ( )		
PLACA PHILOS PARA HUMERO		
PLACA OSTEOTOMIA (PUDDU)		
PLACA LCP RADIO DISTAL 2,4/2,7 MM		
PLACA BICOLUMBAR LCP 2,4 MM		
PLACA COMPACT HAND		
PLACA DE ADAP. BLOQ. LCP C.FOOT		
PLACA LCP RECTA C.FOOT		
PLACA LCP EN T C.FOOT		
CLAVO KIRSCHNER P.TROCAR 1,0 X 150		
CLAVO KIRSCHNER P.TROCAR 1,25 X 150		
CLAVO KIRSCHNER P.TROCAR 1,6 X 150		
CLAVO KIRSCHNER P TROCAR 2,0 X 150		

DESCRIPCION	LONG/ ORIFICIO	CANT
TORNILLO CORTICAL 3,5 MM X		
40662145 Electrodo aguja individual MM eclipse		(10) Diez
40662269 Electrodo Aguja Sencillo		(1) uno
40662360 Electrodo Tierra 35x5cm MM eclipse		(1) uno
40662348 Electrodo (para emg y/o mep) FIS-NE		(1) uno
TORNILLO ESPONJ. 4,0 MM R/P X		
40662471 Tornillo de seguridad		(4) cuatro
40662472 Barra 5.5x80mm		(1) uno
40662478 Tornillo longitude 6.5x45mm		(1) uno
TORNILLO ESPONJ. 4,0 MM R/C X		
40662427 Tornillo longitude 6.5x50mm		(3) tres
TORNILLO CORTICAL 4,5 MM X		
TORNILLO ESPONJ. 6,5 MM R/16 X		
TORNILLO ESPONJ. 6,5 MM R/32 X		
TORNILLO DE BLOQ. LCP STARD DE		
TORNILLO CORTICAL STARDRIVE		
TORNILLO CORTICAL HAND DE		
TORNILLO CORTICAL FOOT DE		

11.16/17. 8:01 pm

REGISTRE AQUÍ LOS PRODUCTOS QUE NO SE ENCUENTREN EN EL LISTADO (GRACIAS)

INSTRUMENTADORA CMI: Facia Beatriz Ortiz

INSTRUMENTADORA C. MEDICA: Keren - ISO

CIRCULANTE: Yeimmer Alba Rocha V.

VERIFICACION CMI:

MEDICO IMBANACO DE CALI S.A.

Informe de Movimiento de Inventario

Número:10149315

Origen :	BODEGA DE CENTRAL DE ESTERILIZACION	Prefijo:		Fecha :	16/02/2017 20:05:43
Destino :	BODEGA DE FARMACIA CIRUGIA			Periodo :	2017-2
Cód.Documento :	TRBODC200020787(3)	Concepto:	TR-TRASLADO	Tipo Doc:	TRASLADOS
Crea :	HAYDEE OROZCO	Fec.Crea:	16/02/2017 20:04:00	Estado :	Por Certificar
Modifica:		Fec.Mod.:			
Solicitud :	Num.Sol. : 0	Nro. Atención:	5529142	Ubicación:	SP SALA05
	Paciente :	ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO			

Código Insumo		Uni. Cons.	Cant. Sol.	Cant. Ent.	Cant. Pend.
Despachados					
40662472	BARRA 5.5 X 80 MM REF 7571080 (ISO)	UND	0	1	0
40662145	ELECTRODO AGUJA INDIVIDUAL NIM-ECLIPSE REF DSN2299 (ISO)*	UND	0	10	0
40662269	ELECTRODO AGUJA SENCILLO REF DSN1260 (ISO)*	UND	0	1	0
40662348	ELECTRODOS (PARA EMG Y/O MEP) FIS - NE REF 9450003FN (ISO)*	UND	0	1	0
40662360	SENSOR DE 35 X 5 CM 24PK NIM- ECLIPSE REF DME1004 (ISO)*	UND	0	1	0
40626076	SUSTITUTO OSEO INYECTABLE ALLOMATRIX PUTTY 10 CC REF 8600-1000 (ISO)	UND	0	1	0
40662471	TORNILLO DE SEGURIDAD REF 7570955 (ISO)	UND	0	4	0
40662418	TORNILLO LONGITUDE 6.5 X 45 MM REF 7576545 (ISO)	UND	0	1	0
40662429	TORNILLO LONGITUDE 6.5 X 50 MM REF 7576550 (ISO)	UND	0	3	0
				23	

Observación :Nombre Paciente: ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO, Número HC: 5529142, Nombre Médico: CASAS CASTILLO GERARDO, Entidad: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.

Número Mov: 10149315 | Número de Sol:0 | Fecha Caduca:

Fecha Mov: 16/02/2017 20:05:43 | Fecha Sol: | Destino:BODEGA DE FARMACIA CIRUGIA

Responsable :HAYDEE OROZCO

Carnet:000747

Recibido

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

ABECÉ

Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS)

1. ¿Qué es el ReTHUS?

Es la inscripción, en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud. En adelante se hará referencia a este registro a través de la sigla ReTHUS.

En el ReTHUS se señala también la información sobre las sanciones del talento humano en salud que, según el caso, reportan los Tribunales ético-disciplinarios del área de la salud, autoridades competentes o los particulares a quienes se les deleguen las funciones públicas.

2. ¿Qué es el Sistema de Información del ReTHUS?

Es el conjunto de organismos, normas, procesos, procedimientos y aplicativos articulados para permitir la recepción, validación, registro, conservación, reporte y publicación de la información del talento humano autorizado para ejercer profesiones u ocupaciones de la salud en Colombia.

3. ¿Quiénes deben inscribirse en el ReTHUS?

En el marco de lo señalado en la Ley 1164 de 2007, deberán inscribirse en el ReTHUS todas las personas que pretendan ejercer alguna de las siguientes profesiones u ocupaciones:

Tipo de institución	Tipo de programa	Denominación del programa
Educación para el trabajo y el desarrollo humano	Auxiliar	Auxiliar administrativo en Salud
		Auxiliar en enfermería
		Auxiliar en salud oral
		Auxiliar en salud pública
		Auxiliar en servicios farmacéuticos
Educación Superior	Técnico profesional	Técnico profesional en atención pre hospitalaria
		Técnico profesional en citohistología
	Tecnología	Tecnología en atención pre hospitalaria
		Tecnología en citohistología
		Tecnología en regencia de farmacia
		Tecnología en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico
		Tecnología en radiodiagnóstico y radioterapia
		Tecnología en radiología e imágenes diagnósticas
		Tecnología en radioterapia
	Universitario	Bacteriología
		Enfermería
		Fisioterapia
		Fonoaudiología
		Gerontología
		Instrumentación quirúrgica
		Medicina
		Nutrición y dietética
		Odontología
		Optometría
		Psicología*
		Terapia ocupacional
		Terapia respiratoria
		Química Farmacéutica

* Conforme a lo señalado en la Ley 1090 de 2006, la Psicología "[…] *pertenece privilegiadamente al ámbito de la salud, motivo por el cual se considera al psicólogo también como un profesional de la salud".*

4. ¿Cuáles son los requisitos para ejercer una profesión u ocupación del área de la salud en Colombia?

Los requisitos para el ejercicio de las profesiones u ocupaciones del área de la salud se encuentran establecidos en la Ley 1164 de 2007, el Decreto 4192 de 2010 (compilado en el Decreto 780 de 2016), la Resolución 3030 de 2014 y los actos administrativos por medio de los cuales se les ha delegado funciones públicas a algunos Colegios Profesionales.

De acuerdo a lo establecido en la Ley 1164 de 2007, para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud se requiere acreditar los siguientes requisitos:

1. Para egresados de programas de educación superior:

a) Título otorgado por una institución de educación superior legalmente reconocida (técnico profesional, tecnólogo, profesional, especialización, magíster, doctorado), en los términos señalados en la Ley 30 de 1992, o la norma que la modifique adicione o sustituya. Si el título se obtuvo en el

extranjero, debe presentarse convalidación por parte de la autoridad competente, que actualmente es el Ministerio de Educación Nacional.

b) Los egresados de los programas de pregrado de Bacteriología, Enfermería, Medicina y Odontología deberán acreditar el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, conforme a lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y a la Resolución 1058 de 2010.

c) Inscribirse en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), según lo definido en el artículo 23 de la Ley 1164 de 2007 (ver respuesta pregunta No. 1).

Efectuada la inscripción, se le expedirá al profesional una tarjeta como Identificación Única Nacional del Talento Humano en Salud, en los casos en que dicha función haya sido delegada a un Colegio de la respectiva profesión.

2. Para egresados de programas de formación para el trabajo y el desarrollo humano:

a) Quienes quieran ejercer una ocupación de la salud, como los técnicos laborales o auxiliares en salud, deberán acreditar el certificado otorgado por una institución de educación para el trabajo y el desarrollo humano, legalmente reconocida, en los términos establecidos en la Ley 115 de 1994 y sus reglamentarios.

b) Inscribirse en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS), según lo definido en el artículo 23 de la Ley 1164 de 2007 (ver respuesta pregunta No. 1).

Según la Ley 1164 de 2007 no se requieren requisitos adicionales o diferentes a los arriba señalados, como se establece en su artículo 21:

"La presente ley regula general e integralmente el ejercicio de las profesiones y ocupaciones y tiene prevalencia, en el campo específico de su regulación, sobre las demás leyes."

"Para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud no se requieren registros, inscripciones, licencias, autorizaciones, tarjetas o cualquier otro requisito diferente a los exigidos en la presente ley".

Por lo anterior resulta improcedente exigir o realizar inscripciones departamentales diferentes a la del ReTHUS, que, como su nombre lo indica, es un registró único y nacional. Esto sin perjuicio de lo contenido en leyes de la República que de manera específica señalan aspectos relacionados con el ejercicio de algunas áreas del conocimiento.

5. ¿Ante qué entidad se debe tramitar la inscripción en el ReTHUS?

Los profesionales con título de formación universitaria deberán solicitar su inscripción en el ReTHUS ante las siguientes organizaciones:

Profesión	Entidad que realiza la inscripción en el ReTHUS	Información de contacto
Bacteriología	Colegio Nacional de Bacteriología	www.cnbcolombia.org Carrera 15 Bis A No. 33-03 (Bogotá) (571) 2886084 (571) 8064907 (57) 3103238275 funcionespublicas@cnbcolombia.org
Enfermería	Organización Colegial de Enfermería	www.oceinfo.org.co Carrera 7 # 27-52 Oficina 401 – Bogotá (571) 4575358 / (571) 5552166 (57) 3167598693 (57) 3219282407 oce@oceinfo.org.co
Fisioterapia	Colegio Colombiano de Fisioterapeutas	www.colfi.co Calle 58 No. 35 – 79 (Bogotá D.C.) (57) 3000051 (57)3174128598 presidencia@colfi.co colegio@colfi.co
Medicina	Colegio Médico Colombiano	www.colegiomedicocolombiano.org Avenida 15 #100 – 43 Oficina 501 Edificio AV. 15 P.H. (Bogotá D.C.) (571) 7463489 (57) 314 5662198 pqrs@colegiomedicocolombiano.org
Química Farmacéutica	Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia	www.cnqfcolombia.org Carrera 16 No. 31A - 30 (Bogotá D.C.) (571) 7501142 (571) 2453856 (57) 314 3339392 (57) 3134591820 info_comentarios@cnqfcolombia.org direccionejecutiva@cnqfcolombia.org
Fonoaudiología	Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos	www.ccfonoaudiologos.co Carrera 13 A No. 89 -38 Ofc. 606 (Bogotá D.C.) (571) 4577185 ccfonoaudiologos@ccfonoaudiologos.co
Instrumentación Quirúrgica	Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica	www.coldinsqui.org Calle 105 A No. 14 – 92 Ofc. 602 (Bogotá D.C.) (571) 8020045 (57) 321 2685697 observatorioprofesional@coldinsqui.org
Optometría	Colegio Federación Colombiana de Optómetras	www.fedopto.org Calle 85 # 19 B – 22 Ofc. 405 (Bogotá D.C.) (571) 6110972 Ext. 105 colegio@fedopto.org
Odontología	Colegio Colombiano de Odontólogos	www.colegiodeodontologos.org Calle 124 No. 15 – 29 Ofc. 408 Ed. Jorge Barón Torre A (Bogotá D.C.) (571) 8057146 (57) 3187418269 – 3175740917 contacto@colegiodeodontologos.org

Profesión	Entidad que realiza la inscripción en el ReTHUS	Información de contacto
Terapia Respiratoria	Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios	http://www.cctr.co Calle 2 No. 66b – 89 of. 504 (Santiago de Cali) (571) 3023770257 cctr2005@gmail.com
Terapia Ocupacional	Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional	http://www.tocolombia.org Calle 65 # 9-23 Oficina 102 Edificio Eneida Bogotá D.C (571) 2355170 presidencia@tocolombia.org
Nutrición y dietética	Colegio Colombiano de Nutricionistas Dietistas	http://www.colnud.co Carrera 15 No. 76-67 oficina 401 (571) 2565586 3143651124 contacto@colnud.co
Gerontología Psicología	Secretarías Departamentales de Salud o Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.	Secretarías Departamentales de Salud o Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Quienes tengan certificados de aptitud ocupacional o títulos distintos a los identificados en el cuadro anterior, como técnicos profesionales, tecnólogos y técnicos laborales o auxiliares, deberán solicitar su inscripción en el ReTHUS ante una Secretaría Departamental de Salud o ante la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

6. ¿Qué entidad expide la tarjeta de identificación única del talento humano en salud?

Los Colegios Profesionales del área de la salud, además de realizar la inscripción en el ReTHUS, expedirán la tarjeta de identificación única para los profesionales en cada área de conocimiento.

Para el caso de las profesiones en las cuales no se han delegado estas funciones en un colegio profesional, las Secretarías Departamentales de Salud y la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, además de realizar la inscripción al ReTHUS, continuarán expidiendo el acto administrativo (Resolución), que autoriza a la persona para ejercer su profesión u ocupación en todo el territorio nacional, previo cumplimiento de los requisitos señalados anteriormente.

7. Si una persona cumple los requisitos para ejercer su profesión u ocupación antes de la entrada en operación del ReTHUS y de que los Colegios Profesionales asumieran las funciones públicas, ¿debe solicitar la inscripción en el ReTHUS?

De acuerdo con lo señalado en la Ley 1164 de 2007 y en el artículo 2.7.2.1.2.3 del Decreto 780 de 2016: "*Quienes conforme a las normas vigentes hayan obtenido autorización para el ejercicio de su profesión u ocupación, antes de la fecha en la cual el Colegio Profesional correspondiente asuma las funciones de*

registro y expedición de la tarjeta única del talento humano en salud, serán inscritos en forma automática en el RETHUS […]".

Si cumplió los requisitos para ejercer una profesión u ocupación en el territorio nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con las Secretarías Departamentales de Salud, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y las demás organizaciones públicas o privadas, que en el marco de disposiciones legales particulares expidieran autorizaciones, matrículas o tarjetas profesionales, han venido adelantando las acciones necesarias para realizar la inscripción automática en el ReTHUS.

Las tarjetas profesionales expedidas por la ANEC hasta el 30 de agosto de 2015 tendrán plena validez para los profesionales en enfermería que cumplieron requisitos para su ejercicio (resolución de autorización de ejercicio y tarjeta profesional expedida por la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia - ANEC - entre 1997 y el 30 de agosto de 2015), antes de que la Organización Colegial de Enfermería asumiera las funciones públicas delegadas. A partir del 30 de agosto de 2015, las solicitudes relacionadas con la expedición de la tarjeta profesional de enfermería se realizan ante la Organización Colegial de Enfermería, incluyendo la reposición por pérdida, deterioro o actualización.

8. Si una persona no se encuentra inscrita en el ReTHUS o su información presenta alguna inconsistencia, habiendo obtenido su resolución de ejercicio o tarjeta profesional antes de la entrada en operación de este Registro y/o de que los Colegios Profesionales asumieran funciones públicas, ¿cuál es el procedimiento que debe seguir para inscribirse?

Los auxiliares o técnicos laborales, técnicos profesionales y tecnólogos deben solicitar su inscripción ante la entidad que le autorizó el ejercicio; esto es, ante las Direcciones Departamentales de Salud, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. o el Ministerio de Salud y Protección Social[1], según corresponda.

Por su parte, los profesionales deben solicitar su inscripción en los Colegios Profesionales que se encuentran ejerciendo funciones públicas delegadas en el marco de la Ley 1164 de 2007, en las Direcciones Departamentales de Salud o ante la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., según corresponda (ver pregunta 5 del presente documento).

Se debe tener en cuenta que la inscripción de una profesión u ocupación del área de la salud, para quienes fueron autorizados previamente por las Direcciones Departamentales de Salud, por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C o por el Ministerio de Salud y Protección Social, es gratuita y no requiere intermediarios.

[1] Se deberá solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social si fue esta entidad la que expidió su resolución de autorización (generalmente, personas autorizadas para su ejercicio antes de 1994), a través del correo electrónico rethus@minsalud.gov.co, adjuntando copias del documento de identidad y de la resolución de autorización expedida por el Ministerio de Salud. Los documentos deben ser legibles y estar en formato pdf.

El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una secretaría de salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional).

9. Si una persona obtuvo autorización para el ejercicio de una profesión antes de la entrada en operación del ReTHUS y de que los Colegios Profesionales asumieran las funciones públicas, ¿puede solicitar la expedición de la Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud?

Si. La solicitud de expedición de la Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud la puede presentar en forma voluntaria ante el Colegio Profesional respectivo.

Hasta el momento, se han delegado funciones públicas en Colegios de diez (10) profesiones del área de la salud, quienes iniciaron en las siguientes fechas:

Colegio Profesional	Fecha de inicio
Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia	27 de abril de 2015
Colegio Nacional de Bacteriología	1 de junio de 2015
Colegio Colombiano de Fisioterapeutas	27 de julio de 2015
Colegio Médico Colombiano	18 de agosto de 2015
Organización Colegial de Enfermería	31 de Agosto de 2015
Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos	7 de marzo de 2016
Colegio Colombiano de Instrumentación Quirúrgica	21 de abril de 2017
Colegio Federación Colombiana de Optómetras	22 de junio de 2017
Colegio Colombiano de Odontólogos	21 de septiembre de 2017
Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios	27 de octubre de 2017
Colegio Colombiano de Nutricionistas Dietistas	14 de septiembre de 2018
Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional	9 de octubre de 2018

10. ¿Dónde se puede consultar la información del talento humano en salud inscrito en el ReTHUS?

En línea, a través de sitio http://web.sispro.gov.co, en el aparte denominado ReTHUS.

De igual forma, a través de las Secretarías Departamentales de Salud, de la Secretaría de Salud de Bogotá D.C. y de los Colegios Profesionales del área de la salud con funciones públicas delegadas.

11. Para trabajar en un lugar cuya jurisdicción sea diferente a la Secretaría de Salud que expidió la resolución de autorización, ¿se debe solicitar la inscripción en dicho departamento?

No. El ReTHUS, es único y de carácter nacional, sin perjuicio de lo contenido en leyes de la República que de manera específica señalan aspectos relacionados con el ejercicio de algunas disciplinas (por ejemplo, psicología, seguridad y salud en el trabajo).

Por lo anterior, y definido el alcance del Registro Único Nacional, es improcedente exigir o realizar inscripciones departamentales luego de que se encuentre inscrito en el ReTHUS.

En caso de dudas, inquietudes o consultas, los interesados pueden comunicarse a través del correo electrónico **soportepisis@minsalud.gov.co**, o bien, con la Mesa de Ayuda del Ministerio de Salud y Protección Social en Bogotá, llamando al (+571) 589 3750 y en el resto del país al 01 8000 960020. El horario de atención es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Fecha elaboración: marzo de 2016
Fecha actualización: octubre de 2018
Oficina que elabora: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.

Historia Clínica

25-julio-2022 10:38:44 am

Vocación de Servicio

Identificación del Paciente

Paciente:	**ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO**	**Edad:**	56 Años
Identificación:	CC 16719326	**Sexo:**	Masculino
Dirección:	AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAI	**Teléfono:**	3212763349

Nota Quirúrgica
15-septiembre-2015 7:41 pm

218701 TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL
Médico: CARLOS ARTURO PEDROZA CAMPO
Dx Principal: J320 SINUSITIS MAXILAR CRONICA

218801 SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL PRIMARIA
Médico: CARLOS ARTURO PEDROZA CAMPO
Dx Principal: J320 SINUSITIS MAXILAR CRONICA

226308 MAXILOETMOIDECTOMIA
Médico: CARLOS ARTURO PEDROZA CAMPO
Dx Principal: J320 SINUSITIS MAXILAR CRONICA

276207 UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA
Médico: CARLOS ARTURO PEDROZA CAMPO
Dx Principal: J351 HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS

282100 AMIGDALECTOMÍA SOD
Médico: CARLOS ARTURO PEDROZA CAMPO
Dx Principal: J351 HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS

Médico:
Dx Principal:
Descripción de acto quirúrgico
TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores

Anestesiólogo 1	CRUZ ARCINIEGAS CAMILO

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores

Cirujano 1 (Ppal)	PEDROZA CAMPO CARLOS ARTURO

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores

Cirujano 2	PULIDO MURILLO MARIA ALEJANDRA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 5363360

Fecha y Hora Ingreso: **25-noviembre-2016 9:59 am**

Médico Principal: **STANGL HERRERA WILLY PAUL** Registro: **19562-93**

Notas Aclaratorias

25-noviembre-2016 11:13 am

DOLOR LUMBAR DE 5 AÑOS DE EVLUCION MANEJADO POR NEUROCIRUJANOS CON INFILTRACIONES Y PROPOSICION DE CIRUGIA
RXN Y RESONANCIA MUESTRA ESPONDILOLISTESIS L5 S1 ESTABLE SIN COMPRESION NEUROLOGICA
CLINICAMENTE ABDOMEN GLOBOSO, HIPERLORDOSIS, DOLOR

STANGL HERRERA WILLY PAUL -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INESPESIFICO MIOFASCIAL PARALUMBAR, NEUROLOGICO DE MMs IIs OK
SE INDICA FISIOTERAPIA, CONTROL DE PESO, FORT ABD Y AINES
SS NUEVAS RX DINAMICAS DE COLUMNA
SE INDICA FAJA LUMBOSACRA

Nota Quirúrgica
02-enero-2017 8:46 am

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Cirujano 1 (Ppal) FUERTES BOLAÑOS DARIO FERNANDO

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Anestesiologo 1 VELASQUEZ MALVENY LUIS MIGUEL

053103 BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO
Médico: DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS

053202 NEUROLISIS DE PLEJO LUMBAR
Médico: DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 5493942

Fecha y Hora Ingreso: **25-enero-2017 7:00 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Resultados de Examenes
25-enero-2017 7:07 pm

SEÑORES COOMEVA, FAVOR AUOTIRZAR:
ARTRODESIS POSTERIOR CON INSTRUMENTACION MODULAR
DISECTOMIA ANTERIOR L5-S1
FUSION INTERSOMATICA ANTERIOR CON CAJA
REQUIERE: TORNILLOS TRANSPEDICULARES #4, BARRAS #2. CAJA
DE FUSION INTERSOMATICA #1, MATRIX OSEA 15 CC.
MONITOREO NERUOLOGICO INTRAOPERATORIO.
HOSPITALIZACION 4 DIAS.

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

ORDEN DE CIRUJANO, AYUDANTE, ANESETESIOLOGO, DERECHOS
DE SALA IMBANACO

Consulta de Control
25-enero-2017 7:04 pm

CASAS CASTILLO GERARDO

Causa de Consulta: DOLOR LUMBAR

EA: PACIENTE CON ESPONDILOLISTESIS L5-S1 IENSTABLE GRADO II, MANEJO MULTIMODAL COM POBRE RESPUESTA, REFEIRE EMPEORAMEITNO DEL DOLOR EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS ASOCIADO A CLAUDICACION NEUROLOGICA

Antecedentes:

Examen Fisico: DOLOR LUMBAR, AUEMNTO CON LOS AMA DE CLS, RETRACCION DEIT, ROT SIEMTRICOS

Radiologia: LSITESIS GRADO II ASOCIADO A ESPONDILOLISIS

Laboratorio:

Diagnosticos: ESPONDILOLISTESIS L5-S1

Plan: POR LA MALA EVOLUCION DE LSO SINTOMAS REQUEIRE MANEJO QUIRURGICO, AARTRODESIS POR VIA ANTERIOR, DISECTOMIA VIA ANTERIOR, INSTRUEMNTACION POSTERIOR CON INSTRUEMNTACION MODULAR
SE SOLICITA CAJA INTERSOMATICA PARA LA FUSION ANTERIOR L5-S1 LA CUAL VA LLENA DE MATRIX OSEA PARA QUE SE REALICE LA FUSSION INTEROSOMATICA Y TORNILLOS TRANSPEDICULARES PARA LA ISNTRUMETNACION POSTERIOR. SE REALIZARÁ UNA FUSION 360°

Nota Quirúrgica
14-febrero-2017 8:04 pm

030207 EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO (EXCEPTO SEGMENTO CERVICAL) Y RAICES ESPINALES POR FORAMINOTOMIA POSTERIOR
Médico: GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS

772930 OSTEOTOMIA VERTEBRAL VIA ANTERIOR O POSTERIOR
Médico: GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS

810803 ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR O LUMBOSACRA TECNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACION MODULAR
Médico: GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Cirujano 1 (Ppal) CASAS CASTILLO GERARDO

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Anestesiologo 1 CRUZ ARCINIEGAS CAMILO

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Cirujano 2 FUERTES BOLAÑOS DARIO FERNANDO

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 5564283

Fecha y Hora Ingreso: **22-febrero-2017 1:43 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

22-febrero-2017 2:13 pm

POP DE UNA SEMANA, REFIERE DOLOR RADICULAR Y NEUROPATICO BILATERAL, SENSACION DE QUEMAZON EN LA PLANTA DEL PIE BILATERAL
E.F: HERIDAS LIMPIAS. AMBULATORIO.
PLAN: PALEXIS

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Nota Quirúrgica

10-marzo-2017 8:50 pm

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Cirujano 2 CASAS CASTILLO GERARDO

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Cirujano 1 (Ppal) FUERTES BOLAÑOS DARIO FERNANDO

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Anestesiólogo 1 VELASQUEZ MALVENY LUIS MIGUEL

030207 EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO (EXCEPTO SEGMENTO CERVICAL) Y RAICES ESPINALES POR FORAMINOTOMIA POSTERIOR
Médico: DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS
Dx Principal: M472 OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA

810923 REFUSION DE COLUMNA LUMBAR VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INJERTO
Médico: DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS
Dx Principal: M472 OTRAS ESPONDILOSIS CON RADICULOPATIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 5704100

Fecha y Hora Ingreso: **24-abril-2017 3:08 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
24-abril-2017 3:29 pm

OPERADO EL 10-03-17 DEL SEGMENTO L5-S1 POR RADICULOPATIA L5 DER CON EVOLUCION IRREGULAR, DOLOR PERSISTENTE EN OCACIONES 10/10 Y PUEDE DISMINUIR A 4/10 PERO REAPARECE Y NO TIENE UNA RELACION ACTIVIDADES.
E.F: NO DOLOR A LA PALPACION LUMBAR NI CON LOS AMA, LASEGNE A 45°. NO DEFICIT MOTOR, HIPOESTESIA GENERALIZADA DEL MID A EXEPCION DE LA CARA INTERNA DE LA PIERNA, ROT SIEMTRICOS
TAC DE ABDOMEN NO MUESTRA HERNIAS, CAMBIOS DE PROSTATITIS
TAC DE CLS: MUESTRA FORAMIENTS LIBRES E INSTRUMETNACION SIN SIGNSO DE AFLOJAMIENTO
PLAN: VAL POR MEDICINA DEL DOLOR (DRA FAJARDO), CONTINAUR IGUAL MEDICACION, RECOMENDACIONES.

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN — Atención Nro: 5758455

Fecha y Hora Ingreso: **17-mayo-2017 2:16 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

17-mayo-2017 2:44 pm

REFEIRE SENTIRSE MEJOR, EL DOLOR A DISMINUIDO Y ESTA MAS DISTAL. ESTÁ TOMANDO PALEXIS Y LYRICA
E.F. NO LASEGNE, RETRACCION MODERADA DE IT, DEBILIDAD DEL ELH DER E HIPOESSTESIA EN TERRITORIO DE L5 DER, PUEDE REALIZAR MARCHA PUNTA-TALONES. CICATRIZ ABDOMINAL EVOLUCIONANDO BIEN
PLAN: RECOMENDACIONES, CONTINAUR ANALGESICOS Y EJERCICIO FISICO

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Nota Quirúrgica

12-junio-2017 2:53 pm

038200 NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD
Médico: MARIA MERCEDES FAJARDO SANMARTIN
Dx Principal: M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores

Cirujano 1 (Ppal) FAJARDO SANMARTIN MARIA MERCEDES

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN — Atención Nro: 7212160

Fecha y Hora Ingreso: **13-julio-2017 2:34 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

13-julio-2017 2:42 pm

REFEIRE POR EMPEORAMEINTO DEL DOLOR LE REALIZAN BLOQUEO DE LA RAIZ, POR LA NO MEJORIA CLINICA DEL DOLOR LO REMITEN A NEUROCIRUGIA PARA LA POSIBLIDAD DEL COLOCA NEUROESTIMULADOR
ADEMAS DESDE HACE 2 SEMANAS EL DOLOR EMPEORA, LE ORDENA RX QUE MUESTRA:
FRACTURA DEL TORNILLO DE S1 DERECHO
PLAN: SE LE EXPLICA AMPLIAMENTE EL PROBLEMA ACTUAL, SE LE PLANTEA LA POSIBLIDAD DE CIRUGIA DE REVISION Y LA NECESIDAD ADICIONAL DE COLOCA EL NEUROESTIMULADOR

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN — Atención Nro: 7457571

Fecha y Hora Ingreso: **25-julio-2017 12:01 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

25-julio-2017 12:22 pm

PACIENTE QUE REFIERE ESTAR SIN CAMBIOS EN SUS SINTOMAS DE DOLOR, SE PROGRAMA PARA REVISION DE LA ARTRODESIS, RETIRO DE TORNILLO FRACTURA DE S1 LADO DERECHO Y REFUSION LUMBAR
SE LE EXPLICA AMPLIAMENTE EL PROCEDIMIENTO NUEVAMENTE MEDIANTE GRAFICO, LO QUE SE VA A COLOCA, Y LOS POSBLES RIESGOS (SANGRADO, INFECCION, DOLOR RESIDUAL, EMPEORAMIENTO DE LOS

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

SINTOMAS, LEISON DE NERVIO O VASO SANGUINEO, FALLA DEL
INSTRUMETNAL, NO FUSION, REINTERVENCION)
SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 26-07-17
SE SOLICIATA EXAMENES PREQUIRURGICOS

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
25-julio-2017 12:22 pm		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnostica

Nota Quirúrgica
03-agosto-2017 12:39 pm

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Cirujano 1 (Ppal) CASAS CASTILLO GERARDO

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Cirujano 2 GONZALEZ TENORIO MARIO GERMAN

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Anestesiologo 1 SILVA GORDILLO GLORIA CECILIA

030207 EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO (EXCEPTO SEGMENTO CERVICAL) Y RAICES ESPINALES POR FORAMINOTOMIA POSTERIOR
Médico: GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS

810924 REFUSION DE COLUMNA LUMBAR VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INJERTO E INSTRUMENTACION
Médico: GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN **Atención Nro: 7964050**

Fecha y Hora Ingreso: **22-agosto-2017 2:36 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
22-agosto-2017 3:12 pm

REFEIRE DOLOR TIPO PUNZADA OCACIONAL. REFIERE IMPORTANTE MEJORIA DEL DOLOR, PERO SENSACION DE ADORMECIMIENTO DE LOS MS IS Y SENSACION DE ELECTRICIDAD EN LAS UÑAS.
ESTA TOMANDO SINALGEN, DOLEX, LYRICA 150, AMITRIPTILINA
E.F: HERIDA LIMPIA, LEVE EDEMA ALREDEDOR DE LA HERIDA.
RX: ADECUADA POSICION DE LA INSTRUMENTACION
DR DA PRORROGA DE LA INCAPACIDAD A PARTIR DEL 25-08-17
CONTROL EN 1 MES CON RX.

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso Ubicación Tipo DX
22-agosto-2017 3:14 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN **Atención Nro: 8024157**

Fecha y Hora Ingreso: **11-septiembre-2017 1:42 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
11-septiembre-2017 2:18 pm

REFEIRE ESTAR MEJOR DEL DOLOR. SIENTE SENSACION DE CORRIENTE EN EL TALON DER E HIPOESTESIA EN CARA MEDIAL DEL MUSLO DER.
CONTINUA CON ANALGESICOS (LYRICA, SINALGEN Y DOLEX)
RX MUESTRA ADECUADA POSICION DE LA INSTRUMENTACION SIN SIGNOS DE AFLOJAMEINTO, CALLO OSEO INCIPIENTE PERO YA SE OBSERVA
E.F: HERIDA BIEN CICATRIZADA, NO LASEGNE, PUEDE REALIZAR MARCHA PUNTA TALONES, RGT SIMETRICOS, HIPOIESTESIA DEL MID MAL DEFINIDA POR DERMATOMAS
PLAN: CONTINAUR IGUAL MANEJO, CONTROL EN 1 MES CON RX

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN **Atención Nro: 8049730**

Fecha y Hora Ingreso: **20-septiembre-2017 6:50 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
20-septiembre-2017 7:20 pm

REFEIRE QUE CON EL AUMENTO DE LA ACTIVIDAD EL DOLOR Y LAS PARESTESIAS AUMENTARON
RX MUESTRA ADECUADA POSICION DE LA INSTRUMENTACION SIN CAMBIOS RESPECTO A LA RADIOGRAFIA ANTERIOR
SE FORMULAN MEDICAMENTOS POR MIPRES
PRORROGA DE INCAPACIDAD DE 30 DIAS A PARTIR DEL 24-09-17

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso Ubicación Tipo DX
20-septiembre-2017 7:26 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN — Atención Nro: 8114980

Fecha y Hora Ingreso: **18-octubre-2017 2:26 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
18-octubre-2017 2:44 pm

DESDE HACE UNA SEMANA EMPEORAMIENTO DEL DOLOR LUMBAR CON IRRADIACION HACIA LA REGION DEL FLANCO DER
E.F: DOLOR PARAESPINAL DER CON ESPASMO MUSCULAR. NO LASEGNE, NO PATRICK, PUEDE REALIZAR MARCHA PUNTA TALONES, HIPOESTESIA SIN DERMATOMA EN MID, ROT: HIPORREFLEXIA SIMETRICA
RX: INSTRUMENTACION EN BUENA POSICION SIN SIGNOS DE AFLOJAMIENTO
DX: LUMBALGIA POR ESPASMO MUSCULAR
PLAN: MITRUL, PRORROGA DE INCAPACIDAD DE 30 DIAS A PARTIR DEL 24-10-17

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
18-octubre-2017 2:51 pm		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN — Atención Nro: 8120294

Fecha y Hora Ingreso: **20-octubre-2017 9:15 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
20-octubre-2017 9:22 am

REFIERE QUE CONTINUA MUY SINTOMATICO A PESAR DEL MANEJO Y LOS RX NORMALES
SE SOLICITA TAC PARA VALORAR MEJOR LA INSTRUMENTACION

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN — Atención Nro: 8153515

Fecha y Hora Ingreso: **02-noviembre-2017 2:54 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
02-noviembre-2017 3:58 pm

TAC MUETRA TORNILLOS EN ADECUADA POSICION SIN SIGNOS DE AFLOJAMIENTO, OBSERVO FORAMENES LIBRES. FUSION OSEA EN EVOLUCION,
REFEIRE PERSISTENCIA DE DOLOR CON EPISODIOS DE BLQOUEO DE CLS
E.F HIPOESTESIA DEL MID SIN DERMATOMA, ROT SIEMTRICOS, NO LASEGNE, PUEDE REALIZAR MARCHA PUNTA TALONES (SIN DEFICIT MOTOR)
PLAN: CONSIDERO QUE EL PACIENTE SE BENEFICIARIA DE LA COLOCACION DE UN NEUROESTIMULADOR DADA LA POCA RESPUESTA A LOS ANALGESICOS

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN — Atención Nro: 8198638

Fecha y Hora Ingreso: **22-noviembre-2017 2:45 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
22-noviembre-2017 2:52 pm

PACIENTE SIN CAMBIOS EN SU SINTOMATOLOGIA, TIENE PENDIENTE VALORACION POR EL DR B. PEREZ PARA LA POSIBLE COLOCACION DE NEUROESTIMULADOR
SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 23-11-17

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
22-noviembre-2017 2:52 pm		
-- (M544) LUMBAGO CON CIATICA		Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 8272579

Fecha y Hora Ingreso: **22-diciembre-2017 11:16 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

22-diciembre-2017 11:38 am

REFEIRE SENSACION DE TRAQUIDO EN AREA LUMBAR, AYER TUVO EPISDIO DE VOMITO Y EL DOLOR EMPEORÓ SEVERAMENTE. ADEMAS REFEIRE DOLRO TIPO ARDOR EN CARA LATERAL DE LA PIERNA DER EN LAS 2 ULTIMAS SEMANAS, REFIERE QUE ACOSTADO EN EL PISO EL DOLOR MEJORA
E.F: DOLOR AL PALPAR AREA LUMBAR, AL GIRA EL APCEITNE EN LA CAMILLA SE SINTIÓ UN RESALTE A NIVEL LUMBOSACRO. NO LASEGNE, HAY DOLOR CON LA EXTENSION DE MS IS POR ENCIMA DE 70° BIALTERALMENTE, ROT SIEMTRICOS, NO DEFICIT MOTOR, HIPOESTESIA DEL TERRITORIO DE L5 DER
PLAN: TAC DE CLS.PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTRI DEL 23-12-17

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX

22-diciembre-2017 12:06 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 8286047

Fecha y Hora Ingreso: **03-enero-2018 2:02 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

03-enero-2018 2:56 pm

REFEIRE QUE EL DOLOR DISMINUYE AL ACOSTARSE
TAC REPORTA QUE NO HAY FUSION CON INSTRUMENTAL EN ADECUADA POSICION
PLAN: SE FORMULA NUEVAMENTE PREGABALINA 150 CADA 12 HORAS SINALGEN CADA 8 HORAS UNA+ ACETAMINOFEN
NO SE PUEDE FORMULAR POR EL MIPRESLA MEDICACION DEL PTE PORQUE NO LO PERMITE SE ANEXA EL PANTALLAZO.
SE FORMULA SINALGEN 325 MG, LYRICA 75 MG, LYRICA 150 MG, ACETAMINOFEN 500
E.F:DOLOR AL PALPAR AREA LUMBAR, AL GIRAR EL PTE EN LA CAMILLA SE SINTIO UN RESALTE A NIVEL LUMBOSACRO. NO LASEGNE, HAY DOLOR CON LA EXTENSION DE MSIS POR ENCIMA DE 70º BILATERALMENTE, ROT SIEMTRICOS. NO DEFICIT MOTOR, HIPOESTESIA DEL TERRITORIO DE L5 DERECHA

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Nota Quirúrgica

19-enero-2018 10:08 am

642100 FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD
Médico: IVAN MORALES ECHEVERRI
Dx Principal: B07X VERRUGAS VIRICAS

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Cirujano 1 (Ppal) MORALES ECHEVERRI IVAN

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 8322356

Fecha y Hora Ingreso: **19-enero-2018 10:32 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
19-enero-2018 10:58 am

REFIERE QUE ANOCHE TUVO EPISODIO DE CORRIENTAZO, LA EPS NO LE HAN DADO EL MEDICAMENTO
TIENE PENDIENTE LA POSIBILIDAD DEL NEUROESTIMULADOR
SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DE 22-01-18
SE FORMULA SINALGEN, PREGABALINA 150 Y 75. PACIENTE CON TRATAMIENTO CRONICO CON ESTOS MEDICAMENTOS NECESARIOS POR SU DOLOR YA QUE CON LAS ALTERNATIVAS POS (TRAMADOL, ACETAMINOFEN, CARBAMAZEPINA) NO SE LOGRO UN ADECUADO CONTROL Y ADEMASN NO HUBO UNA TOLERANCIA ADECUADA

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso
19-enero-2018 11:01 am

		Ubicación	Tipo DX
--	(M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnostica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 8356937

Fecha y Hora Ingreso: **01-febrero-2018 10:46 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
01-febrero-2018 10:55 am

NO LE AUTORIZO LA EPS EL MEDICAMENTO FORMULADO POR EL MIPRES, PACIETNE QUE LO REQUIERE EN FORMA PRIORITARIA DAO EL DIAGNOSTICO DE DOLOR NEUROPTICO SECUNDARIO A ESPONDILOLISTESIS L5-S1, ADEMAS YA A SIDO VALORADO POR CLINICA DEL DOLOR, NUROCIRUGIA CON EL FIN DE COLOCAR NEUROMODULADOR CONTINUA CON DOLOR Y PARESTESIAS EN MS IS
E.F: PUNTO GATILLO EN LA CRESTA ILIACA POSTEIOR EN LA INSERCION DEL CUADRADO LUMBAR. NO LASEGNE, NO PATRICK, ROT PATELAR ++ BILATERAL, AQUILIANO + BILATERAL, PUEDE REALIZAR MARCHA EN PUNTA-TALONES.
RX: NO MUESTRA ALOJAMIENTO DEL INSTRUMENTAL, APECIO CALLO OSEO EN FORMACION EN EL LADO DERECHO DE L5-S1
PLAN: SE FORMULA NUEVAMENTE PREGABLINA 150 MG#90, PREGABALINA 75#90, HIDROCODONA BITRARTRAO 7.5 MG #270

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 8407068

Fecha y Hora Ingreso: **20-febrero-2018 10:54 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
20-febrero-2018 11:21 am

PACIETNE QUE AÚN NO LE HAN DADO LOS MEDICAMENTOS FORMULADOS, CONTINUA CON SUS MISMO SINTOMAS DE RADICULOPATIA BILATERAL, SIN DEFICIT NEUROLOGICO
PLAN: PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS.
SE FORMULA PREGABALINA DE 150 Y 75 MG #90 DE CADA UNA PARA 90 DIAS Y ACETAMINOFEN 325+HIDROCODONA BITATRATO 7.5 MG #270 PARA 90 DIAS

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso
20-febrero-2018 11:39 am

Ubicación Tipo DX

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN — Atención Nro: 8430158

Fecha y Hora Ingreso: **28-febrero-2018 2:57 pm**

Medico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

28-febrero-2018 3:06 pm

PACIETNE CON DOLOR NEUROPATICO SECUNDARIO E ESPONDILOLISTESIS Y RADICULOPATIA DE MID CON POCA RESPUESTA AL TRTAMIENTO CON ANALGESICOS COMUNES POR LO CUAL SE FORMULA PREGABALINA 150 MG EN LA NOCHE Y 75 MG EN LA MAÑANA Y ACETAMINOFEN 325+ HIDROCODONA 7,5 MG PERO AUN LA EPS NO SE LO A ENTREGADO

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN — Atención Nro: 8454290

Fecha y Hora Ingreso: **09-marzo-2018 11:05 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

09-marzo-2018 11:25 am

PACIENTE QUE REFIERE CONTINUAR CON DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL PARA SUS ACTIVIDADES,
YA LE AUTORIZARON EL MEDICAMENTOS POR LA EPS. TRASTORNO DEL SUEÑO. CALIFICA EL DOLOR DE 10/10. TIENE PENDIENTE LA VALORACION POR LA JUNTA REGIONAL DE INVALIDEZ
E.F: ESPALDA GRADO II, NO LASEGNE, ROT SIEMTRICOS, NO PAATRICK, PUEDE REALIZAR MARCHA EN PUNTA TALONES, SE ENCUENTRA PUNTO DOLOROSOS EN AMBAS SACROLILIACAS MAS SEVERO EN EL DERECHO
RX MUESTRA INSTRUEMNTACION EN IGUAL POSICION, SIN DESPLAZAMEITNO DE LA INSTRUMENTACION. SE INSINUA CALLO OSEO IZQ
PLAN: INFILTRACION DE LOS PUNTOS GATILLO.

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN — Atención Nro: 8488894

Fecha y Hora Ingreso: **23-marzo-2018 11:17 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Diagnósticos — Ubicación — Tipo DX

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnóstica

Nota de control

23-marzo-2018 12:21 pm

PACIENTE QUE CONTINUA CON SUS MISMOS SINTOMAS DE RADICULOPATIA BILATERAL, SIN DEFICIT NEULOGICO .
PUNTO GATILLOEN LA CRESTA ILIACAPOSTERIOR EN LA INSERCIO DEL CUADRADO LUMBAR.
PLAN: PRORROGA DE INCAPACIDADPOR 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN — Atención Nro: 8496774

Fecha y Hora Ingreso: **27-marzo-2018 12:10 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

27-marzo-2018 12:15 pm

DESDE HACE 5 DIAS SE INTENSIFICA QUE EL PACIENTE LO RELACIONA CON AUMENTO DE SU ACTIVAIDAD (CAMINADA DE UNA HORA Y MEDIA)
SIGUE TOMANDO LOS MEDICAMENTOS

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN — Atención Nro: 8562257

Fecha y Hora Ingreso: **24-abril-2018 11:22 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

24-abril-2018 12:22 pm

PACIENTE QUE NO REFIERE MEJORIA DE SU CUADRO CLINICO. SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 22-04-18 POR EL TIEMPO QUE LLEVA INCAPACITADO DEBE ACUDIR A LA JUNTA REGIONAL DE INVALIDEZ PARA QUE SEA DEFINIDA SU SITUACION RESPECTO A SU INCAPACIDAD DEFINITIVA

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX

24-abril-2018 12:23 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 8627622

Fecha y Hora Ingreso: **21-mayo-2018 1:42 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

21-mayo-2018 2:16 pm

REFIERE SENSACION DE CALAMBRE EN LOS 2 MI IS, ADORMECIMIENTO DEL HALLUX, DOLOR LUMBOSACRO DER. TIENE PENDIENTE EL PROCEDIMIENTO DEL NEUROESTIMULADOR
HACE 3 SEMANAS SUFRE INTENTO DE CAIDA Y REALIZA UN ESFUERZO ALTO POR NO CAERSE Y PRESENTA AREA DE EQUIMOSIS ALREDEDOR DE LA CICATRIZ QUIURGICA
E.F: DOLOR AL PALPAR AREA LUMBOSACRA DER, NO LASEGNE, NO PATRICK PUEDE REALIZAR MARCHA PUNTA TALONES, HIPORREFLEXIA SIMETRICA.
DX: LUMBOCIATICA BILATERAL POR ESPONDILOLISTESIS
PLAN: PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 22-05-18, CONTINUAR ANALGESICOS PREGABALINA 150/NOCHE Y 75 MG EN LA MAÑANA, SINALGEN Y ACETAMINOFEN
PACIENTE INCAPACITADO POR MAS DE 470 DIAS, MAL PRONOSTICO DE RECUPERACION DEBIDO A QUE NO A TENIDO UN CONTROL ADECUADO DEL DOLOR Y DE LA SINTOMATOLOGIA NEUROPATICA Y ADEMAS TIENE PENDIENTE MANEJO DEFINITIVO CON NEUROESTIMULADOR POR NEUROCIUGIA. POR LO CUAL CONTINUA INCAPACITADO

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX

21-mayo-2018 2:22 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 8738640

Fecha y Hora Ingreso: **21-junio-2018 3:30 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

21-junio-2018 3:45 pm

REFIERE QUE CONTINUA CON MUCHO DOLOR EN AREA LUMBAR, SENSACION DE TRAQUIDO EN LA ESPALDA Y SENSACION DE CORRIENTAZO EN MIL SE APLICÓ BAYRO IM CON LO CUAL MEJORA POR 2 DIAS, EL DOLOR LE ESTÁ INTERRUMPIENDO EL SUEÑO CON SENSACION DE QUEMAZON POR LA CARA ANTERIOR DEL LA PIERNA DER Y LA PLANTA DEL PIE. ESTA TOMANDO LOS MEDICAMENTOS FORMULADOS.
TRAE EMG DEL 24-05-18 REPORTADA COMO NORMAL
E.F: ALGIDO, HIPOESTESIA EN LA PLANTA Y EL DORSO DE AMBOS PIES, CARA LATERAL DE LA PIERNA DER, PUEDE REALIZAR EXTENSION DE MS IS HASTA LOS 70°, NO DEFICIT MOTOR, ROT HIPOERRELFEXIA SIMETRICA
RX: INSTRUMENTACION COMPARATIVAMENTE SIMILAR A LA RX ANTERIOR SIN DESPLAZAMIENTO DE LOS TORNILLOS
DX: ESPALDA FALLIDA
LUMBOCIATICA BILATERAL
PLAN: TRAMADOL GOTAS, BAYRO IM. RMN DE CLS CON GADOLINIO CON SEDACION POR CLAUSTROFOBIA
PRORROGA DE INCAPACIDAD DE 30 DIAS A PARTIR DEL 21-06-18

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX

21-junio-2018 4:06 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 8786912

Fecha y Hora Ingreso: **11-julio-2018 3:56 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

11-julio-2018 4:30 pm

TRAE RMN QUE REPORTA ESTENOSIS FORMAINAL BILATERAL L5-S1 MAS SEVERA EN EL LADO DERECHO QUE PUEDE ORIGINAR RADICUOLOPATIA L5 DER
PLAN: SE COMENTARA EN JUNTA

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 8800896

Fecha y Hora Ingreso: **17-julio-2018 11:57 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

17-julio-2018 12:30 pm

SE PRESENTA EN JUNTA DE COLUMNA CONSIDERANDOSE:
NO SE ENCUENTRA FUSION OSEA, PACIENTE EN SEUDO ARTROSIS
AFLOJAMEINTO DE LOS TORNILLOS DE L5
REQUIERE: CIRUGIA DE REVISION
REFUSION LUMBAR CON INSTRUMENTACION
FUSION INTERSOMATICA CON CAJA
POR LAS MULTIPLES CIRUGIAS Y LA NO FUSION (SEUDO-ARTROSIS)
REQUEIRE INJERTO OSEO DE BANCO Y PROTEINA MORFOGENETICA (INFUSE, MEDTRONIC)
PRORROGA DE INCAPACIDAD DE 30 DIAS

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX

17-julio-2018 12:41 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnóstica

Nota Quirúrgica

27-octubre-2018 2:00 pm

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Cirujano 1 (Ppal) CASAS CASTILLO GERARDO

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Cirujano 2 GONZALEZ TENORIO MARIO GERMAN

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Anestesiologo 1 VELASQUEZ MALVENY LUIS MIGUEL

777902 TOMA DE INJERTO DE HUESO ILIACO
Médico: GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS

786935 EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR
Médico: GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS

805128 ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR ABIERTA
Médico: GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS

810602 ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR O LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR O ANTEROLATERAL (INTERSOMATICA) CON INSTRUMENTACION
Médico: GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS

810803 ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR O LUMBOSACRA TECNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACION MODULAR
Médico: GERARDO CASAS CASTILLO
Dx Principal: M431 ESPONDILOLISTESIS

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 8887736

Fecha y Hora Ingreso: **17-agosto-2018 9:50 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
17-agosto-2018 10:10 am

PACIETNE CON SEUDOARTROSIS LUMBAR PROGRAMADO PARA CIRUGIA
EL 23-08-18, REQUIERE SEGUIR INCPACITADO POR EL DOLOR Y LA LIMITACION FUNICONAL
SE DA PRORROGA DE 30 DIAS A PARTIR 20-08-18

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso Ubicación Tipo DX
17-agosto-2018 10:17 am

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 8903158

Fecha y Hora Ingreso: **24-agosto-2018 8:33 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
24-agosto-2018 8:43 am

PACIETNE A QUIEN SE LE CANCELA LA CIRUGIA DE REVISON DE COLUMNA LUMBOSACRA PORQUE NO LE AUTORIZARON EL INFUSSE QUE ES INDISPENSABLE PARA EL PROCEDIMIENTO
SE VUELVE A FORMULAR PREGABALINA 150 EN LA NOCHE Y 75 EN LA MAÑANA Y ACETAMINOFEN+ HIDROCODONA

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 9038344

Fecha y Hora Ingreso: **17-octubre-2018 2:03 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
17-octubre-2018 2:21 pm

PENDIENTE CIRUGIA DE REVISION DE CIRUGIA DE COLUMNA POR SEUDOARTROSIS, EL DOLOR CONTINUA IGUAL Y CON EPISODIOS DE DOLOR INTENSO
SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 60 DIAS A PARTIR DEL 18-09 18 Y 18-10 18

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso Ubicación Tipo DX
17-octubre-2018 2:36 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 9114742

Fecha y Hora Ingreso: **09-noviembre-2018 10:30 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
09-noviembre-2018 10:55 am

HERIDA LIMPIA CIATRIZADA, HEMATOMA ALREDEDOR D ELA HERIDA
REFIERE RADICULOPATIA MII CON SENSACION DE ARDOR EN EL PIE IZQ
SE RETIRAN PUNTOS.
PX DE CLS

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 9148445

Fecha y Hora Ingreso: **23-noviembre-2018 8:53 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

23-noviembre-2018 10:57 am

PACIETNE EN POP DE REVISION DE ARTRODESIS LUMBAR, REFIERE
PERSITENCIA DEL DOLOR RADICULAR EN MII EN TERRITORIO DE L5 — CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
PLAN: SE AUMENTA LA DOSIS DE PREGABALINA, PENIDENTE
COLOCACION DE NEUROMODULADOR
SE DA PRORORGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 17-11-18

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX

23-noviembre-2018 10:58 am

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnostica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 9154121

Fecha y Hora Ingreso: **26-noviembre-2018 1:55 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

26-noviembre-2018 2:39 pm

TIENE PROGRAMADA PARA EL 06-12 LA COLOCACION DEL
NEUROESTIMULADOR, REFIERE MUCHO DOLOR EN EL MII QUE LE — CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
INTERRUMPE EL SUEÑO
E.F: MENOS EDEMA DE LA HERIDA, LASEGNE BILATERAL CON BRAGARD
(+), HIPOESTESIA DEL MII MAYOR EN EL DERMATOMA DE L5 IZQ ALGO
DE DEBILIDAD DEL ELH IZQ
DX: ESPONDILOLSITESIS CON RADICULOPATIA IZQ
PLAN: SE PRESCRIBE NORSPAN

Nota Quirúrgica

06-diciembre-2018 5:22 pm

039304 IMPLANTACION DE ELECTRODOS DE NEUROESTIMULACION ESPINAL POR LAMINECTOMIA
Médico: BERNARDO PEREZ VALENCIA
Dx Principal: R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE

Medico:
Dx Principal:

Colaboradores
Anestesiologo 1 DE LA CRUZ DUQUE CESAR AUGUSTO

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Cirujano 1 (Pgal) PEREZ VALENCIA BERNARDO

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 9246347

Fecha y Hora Ingreso: **26-diciembre-2018 10:09 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

26-diciembre-2018 10:44 am

EL 06-12-18 LE COLOCAN EL NEUROESTIMULADOR, REFIERE QUE A MEJORADO ALGO PERO HACE 2 DIAS COINCIDIENDO CON EPISDIO GRIPAL EL DOLOR SE EXACERBA. ADEMAS PRESENTÓ ALERGIA A LOS PARCHES DE BUPRENORFINA
SE QUEJA DE DOLOR EN RODILLA DERECHA INTENSO Y LEVE EN LA IZQ
EF: DOLOR AL PALPAR ROTULA E INTERLINEA MEDIAL DE RODILLA DER, RETRACCION DE IT, ROT SIEMTRICOS, NO LASEGNE, PUEDE HACER MARCHA PUNTA TALONES
PLAN: TF PARA LA RODILLA. PRORROGA DE INCAPACIDAD A PARTIR DEL 17-12-18 POR 30 DIAS. SE PRESCRIBE EL NORPAN POR EL MIPRES #4 PARCHES

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso Ubicación Tipo DX

26-diciembre-2018 10:50 am

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 9311814

Fecha y Hora Ingreso: **25-enero-2019 10:05 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

25-enero-2019 12:42 pm

PACIENTE QUE A PESAR DEL MANEJO ANALGESICO CONTINUA CON DOLOR Y LIMITACION FUCNIONAL
PLAN: SE FORMULA NORSPAN UN PARCHE CADA SEMANA POR 1 MES. PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 16-01-19

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso Ubicación Tipo DX

25-enero-2019 12:44 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 9318247

Fecha y Hora Ingreso: **28-enero-2019 3:45 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

28-enero-2019 3:59 pm

REFIERE SENSACION DE CANSANCIO FACIL Y DOLOR EN AREA LUMBAR Y ADORMECIMEINTO DE MS IS QUE HAAN EMPEORADO DESPUES DE LA COLOCACION EL NEUROESTIMULADOR
RX: CALLO OSEOA PRESENTA EN EL LADO IZQ , LEVE CALLO OSEO INTERSOMATICO L5-S1
PLAN: CONTINUAR CON EL NORSPAN.

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 9382433

Fecha y Hora Ingreso: **20-febrero-2019 1:53 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

20-febrero-2019 3:12 pm

PACIENTE QUE CONTINUA CON DOLOR INTENSO EN AREA LUMBAR, IRRADIACION A MS IS AFECTANDO MAS EL MII ASOCIADO A PARESTESIAS DEL MII Y DE LA PLANTA DEL PIE IZQ. A PESAR DE LOS REAJUSTES DEL NEUROESTIMULADOR EL DOLOR PERSISTE, ADEMAS TOMA PREGABALINA 150 MG, PARCHES DE NORSPAN
E.F: LASEGNE INSINUADO MII, ROT SIEMTRICOS, HIPOESTESIA DE LA PLANTA DEL PIE IZQ Y DEL AREA ANTEROMEDIAL DE LA PIERNA IZQ
PLAN: TAC DE CLS, RX. PRORROGA DE LA INCPACIDAD POR 30 DIAS

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso **Ubicación** **Tipo DX**
20-febrero-2019 3:12 pm
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN **Atención Nro: 9401327**

Fecha y Hora Ingreso: **27-febrero-2019 2:41 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
27-febrero-2019 3:15 pm
NO LE ENTREGARON EN LA EPS EL NORPAN, SE FORLUMA TRANSTECT

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN **Atención Nro: 9443645**

Fecha y Hora Ingreso: **14-marzo-2019 5:51 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
14-marzo-2019 6:53 pm
RX MUESTRA ADECUADA FUSION L5-S1 INTERSOMATICA NO AFLOJAMEINTO DE LOS TORNILLOS. CALLO OSEO ENTERTRANVERSO
TAC MUESTRA FUSION INTERSOMATICA L5-S1 NO AFLOJAMIENTO. ESTENOSIS FORAMINAL BIATERAL PREDMINIO DERECHO. LESIONES EROSISVAS EN ALERON
EMG: ESTUDIO ANORMAL CON EVIDENCIA DE RADICULOPATIA L5 IZQ CON SIGNOS PRESENTA DE DAÑO AXONAL. NO EVIDENCIA DE POLINEUROPATIA . ES CLARO EL DOLOR NEUROPATICO DEL PACIENTE
PLAN: SE FORMULA NUEVAMENTE TRANSTEC 10 PARCHES, DOLOF 7.5 POR 90 IDIAS, PREGABALINA 150 MG 1
2 AL DIA POR 90 DIAS
SE DA PROROGA DE INCAPACIDAD DE 30 DIAS A PARTIR DEL 17-03-19

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso **Ubicación** **Tipo DX**
14-marzo-2019 6:56 pm
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN **Atención Nro: 9523730**

Fecha y Hora Ingreso: **15-abril-2019 2:38 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
15-abril-2019 3:02 pm
REFIERE QUE A PESAR DEL MANEJO EL DOLRO CONTINUA MUY INTENSO EN MS IS CON SENSACION DE PUNZADA EN CARA ANTEROLATERAL DE AMBAS RODILLAS Y EN EL HALLUX CON LIMITACION PARA SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS
PLAN: SE FORMULA NEUVAMENTE TRANSTEC PARA UN MES, RX DE CONTROL PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 5-04-19

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso **Ubicación** **Tipo DX**
15-abril-2019 3:24 pm
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 9600303

Fecha y Hora Ingreso: **17-mayo-2019 10:04 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

17-mayo-2019 10:23 am

RX MUESTRA CALLO OSEO INDICANDO FUSION L5-S1 Y CALLO OSEO INTERTRANSVERSO
RX MUESTRA ADECUADA ALINEACION EN LA AP Y EN LA LATERAL MUESTRA ALTERACION DE LA ALINEACION EN LA PROYECCION SAGITAL
PLAN: SE FORMULA NEUVAMENTE LOS MEDICAMENTOS, PRORROGA DE INCAPACIDAD DE 30 DIAS A PARTIR DEL 15-05-19

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso Ubicación Tipo DX

17-mayo-2019 10:46 am

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 9686443

Fecha y Hora Ingreso: **19-junio-2019 1:59 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

19-junio-2019 2:17 pm

PACIENTE QUE CONTINUA CON IGUAL SINTOMATOLOGIA DE DOLOR LUMBAR IRRADIADO A MS IS. SE DA PRORRGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 20-06-19

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso Ubicación Tipo DX

19-junio-2019 2:17 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 9723332

Fecha y Hora Ingreso: **05-julio-2019 2:43 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

05-julio-2019 2:54 pm

PACIENTE CON DIAGNOSTICO INICIAL DE ESPONDILOLISTESIS L5-S1 GRADO II CON DOLOR IRRADIADO A MS IS CON POCA RESPUESTA AL MANEJO CONSERVADOR POR LO CUAL FUE LLEVADO A CIRUGIA PARA ARTRODESIS E INSTRUMENTACION L5-S1, CON EVOLUCIION IRREGUAL, SIN MEJORIA DEL DOLOR, PSOTERIOR A ESTO POR OLODR RADICULAR PERSITENTE SE REALIZA EXPLORACION Y DESCOMPRESION DE LOS FORAMENES, EL DOLOR CONTINUA A PESAR DEL MANEJO ANALGESICO, BLOQUEO Y POSTERIORMENTE RUPTURA DE LOS TORNILLOS TRANSPEDICUALRES POR LO CUAL SE LLEVA NUEVAMNTE A CIRUGIA PARA REVISION Y REFUSION LUMBAR, POR PERSISTENCIA DEL DOLOR SE REMITE PARA COLOCACION DE NEUROESTIMULADOR LO CUAL SE HACE CON RESPUESTA IRREGULAR A ESTE MANEJO, SE PRESENTA NUEVAMENTE EMPEORAMINETO DEL DOLOR ENCONTRANDOSE FALLA DE LA INSTRUMENTACION CON RUPTURA DE LOS IMPLANTES POR LO CUAL SE REQUIERE NUEVA CIRUGIA, SE REALIZA ARTRODESIS INTERSOMATICA L5-S1 CON CAJA Y ESTABILIZACION CON TORNILLOS TRANSPEDICULARES L4-L5-S1 Y FUSION POSTEROLATERAL, EL ULTIMO CONTROL RADIOLOGICA SE ENCUENTRA BUENA FUSION INTERSOMATICA L5-S1, PERO EL PACIETNE CONTINUA CON DOLOR LUMBAR IRRADIACION A MS IS CON POCA MEJORIA CON LOS ANALGESICOS
SE CONCLUYE QUE EL PACIENTE TIENE UNA ESPALDA FALLIDA SIN RESOLUCION DE SU SINTOMATOLOGIA Y UNA POBRE RECUPERACION POSTERIOR

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 9740872

Fecha y Hora Ingreso: **12-julio-2019 1:43 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

12-julio-2019 2:54 pm

PACIENTE EN IGUALES CONDICIONES CLINICAS, CON EPISODIOS DE EMPEORAMIENTO DEL DOLOR EL ULTIMO EPISODIO DE 4 DIAS DE DURACION Y MEJORO CON EL TRATAMEINTO INSTAURADO: BUPRENORFINA Y LA PREGABALINA
SE FORMULA DOLOF 7.5, LYRICA 150 mg, 2 AL DIA + 1 DE 75 MG, PARCHES DE TRANSTEC #10
PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 20-07-19

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX

12-julio-2019 3:30 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnostica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 9821931

Fecha y Hora Ingreso: **14-agosto-2019 2:48 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

14-agosto-2019 3:28 pm

REFIERE DOLOR PERSISTENTE, ADEMAS CALAMBRES EN MS IS.
TRASTORNOS DEL SUEÑO, TOM ZOPICLONA Y SINOGAN CON EFECTO ADECUADO POR 6 HORAS
REFEIRE QUE SE LE AFLOJARON LOS ELECTRODOS DEL NEUROESTIMULADOR Y TIENE QUE REINTERVENIRLO NEUROCIRUGIA
RX ADECUADA FUSION INTERSOMATICA, POCA FUSON POSTEROLATERAL
PLAN: CONTINUAR PARCHES DE TRANSTEC, ZOPICLONA, SINOGAN.
PRORROGA DE INCAPAIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 19-08-19

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX

14-agosto-2019 3:29 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnostica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 9923395

Fecha y Hora Ingreso: **16-septiembre-2019 3:39 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

16-septiembre-2019 3:40 pm

REFIERE EMPORAMIENTO DEL DOLOR LUMBAR IRRADIADO A MS IS ACOMPAÑADO DE SENSACION DE CORRIENTAZO, ADORMECIMEINTO DE LA PLANTA DE LOS PIES Y DE LAS MANOS
PLAN SE FORMULA ZOPICLONA, BUPRENORFINA PARCHES Y SE SOLICITA EMG DE LAS 4 EXTREMIDADES A REALIZAR POR EL DR DE LOS REYES, RX DE CONTROL
PRORROGA DE INCAPACIDAD DE 30 DIAS A PARTIR DEL 18-09-19

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX

16-septiembre-2019 4:08 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnostica

Nota Quirúrgica

15-octubre-2019 3:39 pm

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Anestesiologo 1 DE LA CRUZ DUQUE CESAR AUGUSTO

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Cirujano 1 (Ppal) PEREZ VALENCIA BERNARDO

Médico:
Dx Principal:

Colaboradores
Cirujano 2 SARDI RESTREPO JUAN PABLO

053100 BLOQUEO DE PLEXO LUMBOSACRO
Médico: BERNARDO PEREZ VALENCIA
Dx Principal: R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN **Atención Nro: 10006236**

Fecha y Hora Ingreso: **18-octubre-2019 9:13 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
18-octubre-2019 9:41 am

HACE 3 DIAS LE REALIZAN EL BLOQUEO EPIDURAL, REFIERE EMPOEAMIENTO DE LOS SINTOMAS
E.F: DOLOR AL PLAPAR AREA LUMBAR BILATERAL, RETRACCION DE IT, SEUDOLASEGNE A 60°, ROT SIEMTRICOS, NO BABINSKY
RX: POCO CALLO OSEO, EN EL LADO IZQ A FUSION INTERTRANSVERSA Y TAMBIEN INTERSOMATICA
PLAN: CONTINUAR BUPRENORFINA, PRORROGA DE INCAPACIDAD DE 30 DIAS A PARTIR DEL 18-10-19. SE FORMULA BUPRENORFINA PARCHES DE 35, ZOPICLONA, PREGABALINA DE 300 Y 75 MG ACETAMINOFEN 500.
ORDEN DE EMG

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
18-octubre-2019 10:03 am		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnostica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN **Atención Nro: 10102541**

Fecha y Hora Ingreso: **18-noviembre-2019 2:08 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
18-noviembre-2019 2:23 pm

PACIENTE QUE CONTINUA SINTOMATICO, CON SINTOMAS SIMILARES DE DOLOR Y LIMITACION FUNCIONAL PARA SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS SE FORMULA TRANSTEC 10 PARCHES Y SE DA PRORROGA DE LA INCAPACIDAD POR 30 DIAS

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
18-noviembre-2019 2:23 pm		

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 10176197

Fecha y Hora Ingreso: **16-diciembre-2019 2:54 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

16-diciembre-2019 4:14 pm

REFIERE QUE EL DOLOR ESTÁ EMPEORANDO CON TRASTORNO DEL SUEÑO QUE LE PACIENTE RELACIONA DESPUES DEL BLOQUEO REALIZADO EL 15 DE OCTUBRE CON SENSACION DE ARDOR EN LOS PIES Y COMO SI LO APRETARAN-.
RX MUESTRA: ADECUADA CONSOLIDACION DE L5-S1 Y CALLO OSEO INTERTRANVERSO IZQ. NO SE OBSERVA DESPLAZAMIENTO CON LAS DINAMICAS
PLAN: PRORROGA DE INCAPACIDAD DE 30 DIAS A PARTIR DEL 17-12-19, CONTINUAR CON PREGABALINA 300 MG EN LA NOCHE Y 75 EN LA MAÑANA, HIDOROCODONA 10 MG, ZOPICLONA 7.5, BUPRENORFINA 35 MICROGR

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX

16-diciembre-2019 4:14 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 10237780

Fecha y Hora Ingreso: **15-enero-2020 2:42 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

15-enero-2020 3:20 pm

REFIERE QUE CONTINUA CON DOLOR Y EPSIDIOS DE AGUDIZACION, CALAMBRE EN MS IS Y TRANSTORNO DEL SUEÑO A PESAR TOMAR ZOPICOLA Y SINOGAN
E.F: DOLOR EN AREA LUMBAR, LASEGNE (+), NO DEFICIT MOTOR, ROT SIEMTRICOS
PLAN: PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 16-01-2020, SE FORMULA SINOGAN, SINOGAN, EZOPICLONA

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX

15-enero-2020 3:23 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 10345787

Fecha y Hora Ingreso: **14-febrero-2020 9:50 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

14-febrero-2020 10:10 am

REFIERE AUMENTO DE LAS PARESTESIAS EN MS IS, ADORMECIMIENTO DE LOS PIES Y SENSACONDE TRAQUIDO EN LA ESPALDA, NO TOLERA ESTAR DE PIE,
TIENE LA VIT
E.F: DOLRO EN AREA LUMBAR CON LIMITACION PARA LOS AMA
PLAN: EMG, RX
SE FORMULA LA BUPRENORFINA, ZOPICLONA, HIDROCODONA Y PREGABALINA, PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX

14-febrero-2020 10:29 am

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 10456972

Fecha y Hora Ingreso: **13-marzo-2020 10:45 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

13-marzo-2020 11:14 am

CONTINUA CON SINTOMAS DE NEUROPATIA, SENSACION DE CALAMBRES EN MS IS QUE LO OBLIGAN A PARARSE, NO SE A REALIZADO AÚN LA EMG
RX MUESTRA ADECUADA POSICION DE LA INSTRUEMTNACION NO AFLOJAMIENTO. EN LAS DINAMICAS NO HAY DESPLAZAMEINTO ANORMALES, ADECUADA CONSOLIDACION INTERTRANSVERSA IZQ E INTERSOMATICA L5-S1
PLAN_ CONTINUAR TRANSTEC, VALORACION POR EL DR PEREZ.
PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS, EMG

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
13-marzo-2020 11:45 am		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 10538353

Fecha y Hora Ingreso: **12-junio-2020 10:59 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

12-junio-2020 11:16 am

REFIERE QUE DESDE HACE 2 SEMANAS TIENE SENSACION DE QUE UN LIQUIDO LE VAJA POR LA CARA ANTERIOR DEL MUSLO CON PERDIDA DE LA SENAIBILIDAD
TRAE EMG DE MS IS QUE ES NORMAL
REFIERE CONTUNUAR MUY ADOLORIDO PPL/ EN LOS TOBILLOS
SE PRESCRIBE PREGABALINA 300EN LA NOCHE Y EN LA MAÑANA 75 MG.SINOGAN, DOLOFF 10 MG CADA 8 HORAS
PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
12-junio-2020 11:32 am		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 10584050

Fecha y Hora Ingreso: **10-julio-2020 11:05 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

10-julio-2020 11:15 am

PACIENTE SIN CAMBIOS EN SU CONDICION CLINICA, REFIERE DOLOR Y PAESTESIAS EN MS IS CUANDO DEAMBULA O ESTÁ MUCHO TIEMPO EN UNA MISMA POSICION
SE FORMULA NUEVAMNTE LA BUPRENORFINA 30 PARCHES PARA 90 DIAS SEGUN RESOLUCION 615 DE 2020, CIRCULAR EXTERNA 007 DEL MINISTERIO DE SALUD DONDE SE ACEPTA LA PRESCRIPCION EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR 90 DIAS DE MEDICAMENTOS DE CONTROL
PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARITR DEL 12-07-2020

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
10-julio-2020 11:15 am		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 10635503

Fecha y Hora Ingreso: **10-agosto-2020 1:33 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

10-agosto-2020 2:19 pm

REFIERE EMPEORAMIENTO DE LOS SINTOMAS NEUROPATICOS. YA FUE VALORADO POR EL DR PEREZ PEOR AUN NO A DEFINIDO LA CONDUCTA. REFEIRE PERDIDA DE LA SENSIBILIDAD EN LA PLANTA DE LOS PIES EN FORMA BILATERAL Y ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD DE TODOLA EXTREMIDAD HA SIDO PROGRESIVO EN LOS ULTIMOS 3 MESES ; ADEMAS TIENE PROBLEMAS CON LA ERECCION. ADEMAS LAS CRISIS DE DOLOR EL DURAN MAS.
ADEMAS SE QUEJA DE DOLOR EN EL 3º DEDO DE LA MANO IZQ CON EPISODIOS DE BLOQUEO
DX: ESPALDA FALLIDA
DOLOR CRONICO INTRATABLE
TENOSINOVITIS DEL 3º DEDO MANO IZQ
SE FORMULA BUPRENORFINA PARCHES #30, UN PARCHE CADA 3 DIAS, PREGABALINA 300 MG #90 UNA EN LA NOCHE, PREGABALINA 75 UNA EN LA MAÑANA, ZOPICLONA #90 7.5 UNA EN LA NOCHE, SINALGEN MAX #270 UNA CADA 8 HORAS
PRORROGA DE INCAPACIDAD A PARTIR DEL 11-08-2020
INFILTRACION DE LA MANO IZQ

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX
10-agosto-2020 5:04 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnostica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 10705222

Fecha y Hora Ingreso: **09-septiembre-2020 1:58 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
09-septiembre-2020 2:12 pm

CONTINUA CON SINTOMAS SIMILIARES, PERO A AUMENTADO LAS PARTESTESIAS Y SENSACION DE ALGO CALIENETE QUE LE BAJA POR LAS EXTREMIDADESLIMITACION FUNCIONAL
E.F: IGUALES HALLAZGOS DE DOLOR CON LOS AMA. SEUDOLASEGNE
DX: ESPONDILOLISTESIS L5-S1
LUMBOCIATTICA BILATERAL
PLAN: PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 10-09-2020

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX
09-septiembre-2020 2:14 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnostica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 10772645

Fecha y Hora Ingreso: **09-octubre-2020 10:12 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
09-octubre-2020 10:31 am

REFIERE QUE LE A AUMENTADO LA HIPOESTESIA DEL MID SE GOLPEO HACE 2 DIAS Y NO SITIO, REFIERE QUE SIENTE CORRIENTAZO POR TODA LA ESPALDA PORQUE REAJUSTO EL NEUROESTIMULADOR
E.F: HIPOESTESIA DEL TODO EL MID, HIPOERREFLEXIA PATELAR Y AQUILIANA DEL MID, NO LASEGNE, PATRICK LEVE BIALTERAL, NO DOLRO EN CADERAS, NO DOLOR CON LA FELXION NI ESTENSION DE CLS
PLAN: EMG (SE HABLA CON EL DR DE LOS REYES), PRORROGA DE LA INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 10-11-2020.
PREGABALINA ZOPICLONA, TRASTEC, HIDROCODONA

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX
09-octubre-2020 11:00 am

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnostica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 10837198

Fecha y Hora Ingreso: **06-noviembre-2020 12:39 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Consulta de Control
06-noviembre-2020 1:08 pm

CASAS CASTILLO GERARDO

Causa de Consulta: DOLRO LUMBAR

EA: HACE 3 SEMANAS LEVANTO UN OBJETO PESADO, PSOTERIOEMTENETE DOLRO INTENSO Y LIMITACION FUCNIONAL, TOMO ACETAMINOFEN Y MANEJO CON MODALIDAES

Antecedentes: TOMA APIXABAN POR ARRITMIA. METOPROLOL, ESPIRONOLACTONA, LEVOTIROXINA, NO ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Examen Físico: LEVE DOLOR A LA FLEXION LATERAL, PUEDE CAMINAR CON AYUDA

Radiología: RX MEUSTRA APLASTAMEITNO DE L1 DE UN 40% Y DE L3 DE 15%

Laboratorio:

Diagnósticos: FRACTURAS VERTEBRALES POR INSUFICIENCIA

Plan: CONTINUAR FAJA LUMBAR, ACETAMINOFEN

Nota de control
06-noviembre-2020 2:08 pm

PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA SIN CAMBIOS. DOLOR BIALTERAL DE MS IS. PARESTESIAS LIMITACION FUNCIONAL PARA SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS
SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso Ubicación Tipo DX
06-noviembre-2020 2:08 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 10920770

Fecha y Hora Ingreso: **07-diciembre-2020 2:00 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Diagnósticos Ubicación Tipo DX

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnóstica

Nota de control
07-diciembre-2020 2:29 pm

PACIENTE QUE CONTRINUA CON MCUHA SINTOMATOLOGIA DE PARESTESIAS EN MS IS, SENSACION DE QUEMAZON Y/O ARDOR. ESTÁ TOMANDO FLUOXETINA ADEMAS.
EMG REPORTADA COMO NORMAL. ESTÁ TOMANDO PREGABALINA 75 EN LA MAÑANA Y 300 EN LA NOCHE, ZOPICLONA, TRANSTEC, HIDROCODONA 10 MG+ACETAMINOFEN 325MG CADA 8 HORAS
SE FORMULA NUEVAMENTE PARA 90 DIAS.
PRORROGA DE INCAPACIDAD DE 30 DIAS A PARITR DEL 09-12-2020

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 10979798

Fecha y Hora Ingreso: **07-enero-2021 1:57 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
07-enero-2021 2:25 pm

REFIERE QUE EL DOLOR A EMPEORADO, SE A LOCALIZADO MAS INTENSAMENTE EN EL MII, LOCALIZANDOSE EN LA RODILLA Y EN EL HALLUX IZQ, GLUTEO MEDIO CON INCPACIDAD FUNCIONAL IMPORTANTE
E.F: NO LASEGNE, HIPORREFLEXIA PATERAL DERECHA Y AQUILIANA BILATERAL, CADERAS LIBRES. NO DOLOR AL MOVILIZAR RODILLA, ALGUNA MOLESTIA EN EL SITIO DEL ESTIMULADOR Y DONDE ESTÁN LO CABLES
PLAN: RMN DE CLS CON GADOLINIO, REQUEIRE SEDACION Y DESCONECTAR EL NEUROESTIMULADOR
PRORROGA DE INCAPACIDAD DEL 08-01-2021

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX
07-enero-2021 2:37 pm
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN
Atención Nro: 11044076

Fecha y Hora Ingreso: **05-febrero-2021 8:15 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
05-febrero-2021 8:24 am

LLEVA 4 AÑOS INCAPCIDAD Y AÚN NO TIENE DEFICNIDA SU SITUACION AUNQUE YA ESTA CALIFICADO DE UN 46% D EPERDIDA DE LA DAPACIDAD LABORAL (MANIFESTADO POR EL PACIENTE)
TIENE PENDIENTE PARA EL 19-02 21 TIENE PRGRAMADA LA RESONANCIA
SE FORMULA NUEVAMENTE PREGABALINA 300 PARA LA NOCHE Y 75 MG EN LA MAÑANA, SINALGEN MAX 3 AL DIA. ZOPICLINA EN LA NOCHE, BUPRENORFINA 30 PARCHES
SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL07-02-21

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX
05-febrero-2021 8:46 am
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN
Atención Nro: 11124166

Fecha y Hora Ingreso: **08-marzo-2021 1:48 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
08-marzo-2021 2:03 pm

RMN DE CLS REPORTA:"Cambios post quirúrgicos de L4 a S1.
Cambios espondiloartrósicos predominantemente de L3-L4 a L5-S1 con estenosis foraminal L5-S1 favorecida por una listesis grado I de L5 sobre S1 y por complejo disco osteofitario aparentemente no compresivo para la raiz ya que se conserva la grasa periradicular"
REFIERE QUE PRESENTA DOLOR TIPO PEZANTES EN EL AREA LUMBAR
NO HAY UNA CORRELACION ENTRE LOS SINTOMAS DEL PACIETNE Y LAS IMAGENES YA QUE NO HAY COMPRESION DE RAICES Y LA INSTRUMENTACION ESTA EN ADECUADA POSICION SIN AFLOJAMIENTO
COMPARANDO LA CORRECCION DE LA LISTESIS PREVIA A LA CIRUGIA 14.2 (2012) A LA ACTUAL ES DE 10 MM, A 4 MM
SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD DE30 DIAS A PARIR DEL 09-03-21

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX
08-marzo-2021 2:18 pm
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN
Atención Nro: 11238634

Fecha y Hora Ingreso: **14-abril-2021 5:13 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
14-abril-2021 7:08 pm

PACIETNE SIN CAMBIOS EN SU EVOLUCION DOLOR MUY SIMILAR. CONTINUA CON IGUAL EMDICAION, PARCHES DE BUPRENORFINA, PREGABALINA, SINALGEN
SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 08-04-21, SE FORMULA EL TRANSTEC

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso — Ubicación — Tipo DX
14-abril-2021 7:09 pm
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS — Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 11302704

Fecha y Hora Ingreso: **18-mayo-2021 10:32 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

18-mayo-2021 10:45 am

PACIETNE QUE CONTINUA CON SIMILARES SINTOMAS DE DOLRO EN AREA LUMABR, PARESTESIAS EN MS IS. CONTROL RELATIVO CON ANALGESICOS
SE FORMULA TRANSTEC #10 PARCHES, PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 08-05-21

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
18-mayo-2021 10:46 am		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnostica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 11346196

Fecha y Hora Ingreso: **04-junio-2021 10:03 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

04-junio-2021 11:01 am

RX REPORTA: "Hay cambios post quirurgicos con presencia de barra y tornillos transpediculares desde L4, L5 hasta S1, con presencia de disco protésico L5-S1 cuyo marcadores indican que el disco esta en adecuada posición. Hay ligera anterolistesis L5-S1.
Material de osteosíntesis se observa íntegro mediante este estudio aunque en el lado derecho hacia el sacro, hay tornillo probablemente fragmentado, probablemente residual ya que se observan dos tornillos en este lado.
Hay signos de aortoesclerosis. Hay osteofitos en todos los cuerpos vertebrales lumbares.
No observo escoliosis
PACIETNE QUE CONTINUA CON DOLOR PERSISTENTE ASOCIADO PARESTESIAS DE LOS MS IS SENSACION DE QUEMAZON EN LA PLANTA DE LOS PIES, ADEMAS MOVIMIENTO INVOLUNTARIOS DE LOS MS IS QUE LE ALTERAN MUCHO SU COTIDIANIDAD, SINTOMAS QUE NO TIENE UNA EXPLICACION DESDE EL PUNTO DE VISTA IMAGENOLOGICO, YA QUE LA RMN DE CLS NO REPORTA COMPRESION Y LA ULTIMA RADIUOGRAFIA MEUSTRA UNA ADECUADA POSICION DE LA INSTRUEMTNACION CON SIGNOS CLAROS DE FUSION DE L4-L5-S1. ESTA SINTOATOLOGIA PUEDE ESTAR ASOCIADA AL DISPOSITTIVO, NEUROESTIMULADOR QUE TIENE EL PACIENTE.
PLAN: SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS, PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
04-junio-2021 11:03 am		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 11423826

Fecha y Hora Ingreso: **07-julio-2021 1:47 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

07-julio-2021 2:11 pm

PACIETNE VALORADO POR NEUROCIRUGIA, PENDIENTE REPROGRAMAR EL SISTEMA
CONTINUA CON IGUALES SINTOMAS
SE D APRORROGA DE INCAPCAIDAD POR 30 DIAS Y SE FORMULA NUEVAMENTE TRANTEC PARCHES

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
07-julio-2021 2:19 pm		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 11496157

Fecha y Hora Ingreso: **04-agosto-2021 2:05 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

04-agosto-2021 2:14 pm

REFIERE QUE DESDE HACE 4 SEMANAS DOLOR EN COXIS PROGRESIVO, LE INCAPACITA PARA SENTARSE. CONTINUA CON LAS PARESTESIAS MUY MARCADAS PPL/ NOCTURNAS (CREO QUE ESTA MUY RELACIONADO CON EL NEUROMODULADOR)
E.F: DOLOR AL PALPAR EL COXIS, IGUALES HALLAZGOS, NO DEFICIT, NO LASEGNE
PLAN: INFILTRACION, PRORROGA DE LA INCAPACIDAD POR 30 DIAS

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnosticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
04-agosto-2021 2:15 pm		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnostica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 11576279

Fecha y Hora Ingreso: **03-septiembre-2021 11:01 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Diagnosticos	Ubicación	Tipo DX
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnostica

Nota de control

03-septiembre-2021 11:12 am

CON EL OCAM PROTEC A MEJORADO EL DOLOR EN EL COXIS, POR LO PRONTO NO SE INFILTRA.
CONTINUA CON EL DOLOR EN MS IS ASOCAIDO A PARESTESIAS.
LIMITACION FUNCIONAL PARA SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS
SE FORMULA NUEVAMENTE PARA 3 MESES, ZOPICLONA, PREGABALINA 300 Y 75, ACETAMINOFEN+CODEINA, BUPRENORFINA PARCHES
SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD DE 30 DIAS

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 11661919

Fecha y Hora Ingreso: **04-octubre-2021 1:53 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

04-octubre-2021 2:01 pm

PACIENTE QUE CONTINUA REFIRIENDO DOLOR LUMBAR QUE A EMPEORADO, ADEMAS SE QUEJE DE DOLOR EN ARE METATARSIANOS DEL PIE IZQ, PARESTESIAS INESPECIFICAS EN MS IS CON PERDIDA DE LA SENSIBILIDAD EN EL MUSLO DERECHO Y EN LA PLANTA DE LOS PIES, MOVIMIENTO INVOLUNTARIOS, CALAMBRES BIALTERALES Y SENSACION DE CANSANCIO FACIL. ADEMAS DOLOR EN EL 3 DEDO DE LA MANO IZQ CON LIMITACION FUNCIONAL (DEDO EN GATILLO)
E.F: NO DOLOR EN EL MOMENTO AL PALPAR AREA LUMBAR, ROT SIMETRICOS. DOLOR EN EL TRAYECTO DE LOS FLEXORES DEL 3 DEDO MANO IZQ, DOLOR EN LA CABEZA DEL 3 METATARSIANO PIE IZQ, PUEDE REALIZAR MARCHA PUNTA TALONES.
DX: ESPALDA FALLIDA. DOLOR CRONICO DE DIFICIL MANEJO
TENOSINOVITIS DE FLEXORES DEL 3 DEDO MANO IZQ
METATARSALGIA IZQ
PLAN: SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 05-10-21, CONTINUAR IGUALES MEDICAMENTOS.

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
04-octubre-2021 2:15 pm		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 11746207

Fecha y Hora Ingreso: **03-noviembre-2021 1:49 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

03-noviembre-2021 2:27 pm

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

PACIENTE CON ESPONDILOLISTESIS L5-S1 QUE A REQUERIDO MULTIPLES INTERVENCIONES QUIRURGICAS, POR SEUDOARTROSIS Y RUPTURA DE LOS TORNILLOS EN L5-S1 (4 INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y LA COLOCACION ADEMAS DE UN NEUROESTIMULADOR PARA CONTROL DEL DOLOR POR PARTE DE NEUROCIRUGIA) ADEMAS LE HAN REALIZADO 7 BLOQUEOS. PACIETNE QUE A PESAR DE ESTE MANEJO Y MANEJO CON ANALGESICOS OPIACEOS A SIDO DIFICIL EL CONTROL DEL DOLOR Y LA OPCIONES TERAPEITCAS YA SE HAN AGOTADO. DEBE CONTINUAR CON MANEJO ANALGESICOS POR TIEMPO INDEFINIDO, RESTRICCIONES PARA REALIZAR ESFUERZOS, DEMABULAR POR LARGOS PERIODOS DE TIMEPO Y ESTAR CAMBIANDO DE POSCION EN FORMA PERIODICA
ACTUALEMTNEN EL PACIETNE SE ENCUENTRA CON DOLOR, EN OCACIONES CON EPISODIOS DE AGUDIZACION QUE SE MANEJAN CON ETOFENAMATO
SE PRESCRIBE: PREGABALINA 300 MG EN LA NOCHE Y 75 MG EN LA MAÑANA. ACETAMIONOEFN + HIDROCODONA 10 MG, BUPRENORFINA EN PARCHES, ETOFENAMATO INTRAMUSCUALR Y ZOPICLONA POR 90 DIAS
PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
03-noviembre-2021 2:34 pm		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 11828542

Fecha y Hora Ingreso: **01-diciembre-2021 1:57 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

01-diciembre-2021 2:12 pm

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

REFEIRE EMPEORAMIENTO DE LOS SINTOMAS DE DOLOR EN AMBOS MS IS ACOMPAÑADOS DE PARESTESIAS
E.F. DOLOR LUMBOSACRO, NO LASEGNE, ROT PATELARES SIMETRICOS, HIPORREFLEXIA AQUILIANA DERECHA.
PLAN: PRORROGA DE INCAPACIDAD A PARTIR DEL 03-12-21 POR 30 DIAS CONTINUAR ANALGESICOS, ETOFENAMATO, TERAPIA FISCA #15

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
01-diciembre-2021 2:13 pm		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 11927793

Fecha y Hora Ingreso: **12-enero-2022 2:58 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

12-enero-2022 3:05 pm

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

REFIERE EXACERBACION DEL DOLOR, LE ESTA AFECTANDO TODA LA ESPALDA, TIENE ALTERACION DEL SUEÑO A PESAR DEL USO DE LA ZOPICLONA. SIENTE MUCHO DLOR ARTICULAR. SENSACION DE QUEMAZON EN LA PLANTA DE LOS PIES.
E.F. DOLOR A LA PRESION SIOBRE LOS METATARSIANO Y GOTERA MEDIAL DE AMBOS TOBILLOS, NO LASEGNE, LIMITACION DE LA RI DE AMBAS CADERAS, NO PATRICK
PLAN: PRORROGA DE INCAPACIDAD A PRTIR DEL 02-01-22, SE FORMULA: ZOPICLONA, SINALGEN, PREGABALINA.

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
12-enero-2022 3:15 pm		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 11991594

Fecha y Hora Ingreso: **02-febrero-2022 1:53 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

02-febrero-2022 2:15 pm

PACIENTE CON DOLOR CRONICO DE DIFICL MANEJO SECUNDARIO A MULTIPLES CIRUGIAS DE COLUMNA
MANEJO MULTIMODAL DEL DOLOR CON:CON PREGABALINA 300 MG EN LA NOCHE 7 Y 75 EN LA MAÑANA, ACETAMINOFEN + HIDROCODONA 10 MG, BUPRENORFINA EN PARCHES, ZOPICLONA EN LA NOCHE
SE FORMULA NUEVAMENTE LOS MEDICAMENTOS PARA 90 DIAS
SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso Ubicación Tipo DX

02-febrero-2022 2:16 pm

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnostica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 12084855

Fecha y Hora Ingreso: **04-marzo-2022 10:49 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Diagnósticos Ubicación Tipo DX

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnostica

Nota de control

04-marzo-2022 12:03 pm

PACIENTE SIN CAMBIOS EN SU EVOLCUION, CONTINUA CON EL DOLOR, LAS PARESTESIAS EN MS IS
SE FORMULA NUEVAMETNE BUPRENORFINA PARCHES 1 CADA 3 DIAS POR 90 DIAS, CONTINUAR PREGABALINA, ZOPICLONA, SINALGEN, SE DA INCAPACIDAD POR 30 DIAS A PARTIR DEL 3 DE MARZO

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 12187704

Fecha y Hora Ingreso: **08-abril-2022 10:55 am**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

08-abril-2022 11:09 am

CONTINUA CLINICAMENTE SIN CAMBIOS EN SU ESTADO CLINICO, CON LIMITACION FUNCIONAL, DOLOR DIARIO A PESAR DE LOS MEDICAMENTOS
ADEMAS SE QUEJA DE PARESTESIAS EN EL MII POR LA CARA ANTERIOR ACOMPAÑADO DE CALAMBRES DESDE HACE 4 MESES.
PLAN: ETOFENAMATO, PRORROGA DE INCAPACIDAD DE 30 DIAS A PARTIR DEL 02-04-22

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso Ubicación Tipo DX

08-abril-2022 11:12 am

-- (M431) ESPONDILOLISTESIS Impresion Diagnostica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN

Atención Nro: 12247257

Fecha y Hora Ingreso: **02-mayo-2022 1:45 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control

02-mayo-2022 2:01 pm

PACIENTE CON DOLOR CRONICO E IRRADIADO A MS IS, DE DIFICIL TRATAMIENTO A PESAR DEL MANEJO MULTIMODAL: PREGABALINA, HIDOROCDONA, BUPRENORFINA PARCHES, A REQUERIDO 4 CIRUGIAS DE COLUMNA Y CLOCACION DE NEUROESTIMULADOR.
IMAGES RADIOLOGICAS: INSTRUEMTNACION 360° L4-L5-S1 CON FUSION OSEA CIN AFLOJAMIENTO DEL INSTRUMETNAL.
PLAN: SE FORMULA NUEVAMENTE HDROCODONA, PREGABALINA,

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

BUPRENORFINA, ZOPICLONA PARA 180 DIAS. PRORROGA DE LA INCAPACIDAD DE 30 DIAS A PARTIR DEL 02-05-22

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
02-mayo-2022 2:17 pm		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN **Atención Nro: 12338163**

Fecha y Hora Ingreso: **01-junio-2022 2:38 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
01-junio-2022 2:57 pm

REFIERE DOLOR EN EL DORSO DE LOS PIES TIPO PRESION, PERDIDA DE LA SENSIBILIDAD DE LOS PIES EN LA PLANTA, TAMPOCO TOLERA ESTAR SENTADO EN UN CARRO, AUMENTO DE LA SENSACION DE CALAMBRE Y SENSACION DE PUNCION DE LA PUNTA DE LOS DEDOS DE LOS PIES ADEMAS SENSACION DE URGENCIA PARA LA ORINA Y DEFECAR. TAMBIEN ALTERACION EN LA EYACULACION.
E.F: HIPORREFLEXIA PATELAR DERECHA Y AQUILIANA BILATERAL, NO LASEGNE, PUEDE REALIZAR MARCHA PUNTA TALONES, NO DEFICT MOTOR. HIPOESTESIA DEL MUSLO DERECHO POR LA CARA LATERAL CON COMPROMISO HASTA LA UNION COSTAL DERCHA DE LA 12 COSTILLA
DX: ESPALDA FALLIDA, DOLOR NEUROPATICO,
PLAN: PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS. (TIENE PENDIENTE LA VALORACION POR LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
01-junio-2022 2:59 pm		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

INGRESO A: ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA COLUMN **Atención Nro: 12418024**

Fecha y Hora Ingreso: **29-junio-2022 4:07 pm**

Médico Principal: **CASAS CASTILLO GERARDO** Registro: **11654**

Nota de control
29-junio-2022 4:15 pm

REFIERE SENSACIONDE CANSNACIO EN AMBOS MS IS. PERSITE CON LA HIPERSENSIBILIDAD DE AMBOS PES, A AUMENTADO LA PERDIDA DE SENSIBILIDAD DEL MII
PACIENTE CON MANEJO MULTIMODAL DEL DOLOR: PREGABALINA 300 MG EN LA NOCHE Y 75 MG EN LA MAÑANA, ZOPICLONA, ACETAMINOFEN+HIDROCODONA 10 MG, SINOGAN, BUPRENORFINA EN PARCHES DE 35 MICROGRAMOS Y ETOFENAMATO IM CUNADO EL DOLRO EMPEORA.
E.F: LASEGNE DERECHO (+) A 60°, PATRICK NEGATIVO, HIPOESTESIA DEL MID SIN DERMATOMA DEFINIDO, HIPORREFLEXIA PATELAR Y AQUILIANA DERECHO, NO DOLOR CON LA EXTENSION LUMBAR. HIPERESTESIA DEL AREA DEL ELH BIALTERALMENTE
SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD PR 30 DIAS A PARTIR DEL 01-07-22.

CASAS CASTILLO GERARDO -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Diagnósticos de egreso	Ubicación	Tipo DX
29-junio-2022 4:18 pm		
-- (M431) ESPONDILOLISTESIS		Impresion Diagnóstica

CASAS CASTILLO GERARDO **11654**

Médico Tarjeta Profesional

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

TRANSFERENCIA DE PACIENTES

ADMISIONES

No Ingreso:	No. Historia:	Fecha:
6368458	CC-16719326	15/09/2015 12:55:00 p.m.
Ingresa a:		Habitación:
CIRUGIA - SEDES TA,TB,TC		

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Primer Apellido:	Segundo Apellido:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:
ZAPPARRATA	VALENCIA		JAN		CARLO
Tipo y Documento de Identidad: CC-16719326	**Sexo:** Masculino	**Fecha Nacimiento:** 22/10/1965	**Edad:** 49 Años		**Nacionalidad:**
Dirección de Residencia: AV 8 N # 10 98 APTO 11 08	**Barrio:**		**Teléfono Fijo:** 3747428	**Celular:** 3206364453	**Ciudad:** Santiago de Cali
Correo Electrónico:	zapparrata@hotmail.com				

DATOS RESPONSABLE

Nombre Completo Responsable: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA		
Tipo y Documento de Identidad: CC-16719326	**Edad:** 49 Años	**Nacionalidad:** COLOMBIA
Dirección de Residencia: AVDA 8 N # 10- 98 APTO 11 08 B/ GRANADA	**Teléfono Fijo:** 3747428	**Teléfono Celular:** 3206364453
Dirección Oficina:	**Teléfono:**	**Correo Electrónico:**

DATOS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)

Entidad	Nit	Plan	Contrato	Nro. Poliza	Tipo Afiliado	Rango Salarial
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.	805.009.741-0	Programa ORO	01-	05 5071 98 02	Cotizante	
PARTICULAR	3	1 PARTICULAR	01			
COOMEVA EPS-C S.A.	805.000.427-1		00	16719326		

Médico Tratante PEDROZA CAMPO CARLOS ARTURO

DATOS DE LA AUTORIZACIÓN DE RESPONSABLE DE PAGO (ERP)

Tipo de Admisión: **POR EVENTO**

Paquete/Procedimiento Cotizado:

Valor Paquete/Procedimiento Cotizado:

Tipo Orden	Numero de Orden	%	Entidad	Paciente	Tope	Dias Hospitalización
Formato de Transferencia	6368458	100.00	0.000	0.000	0.000	0
Gastos Clínicos	30462418	100.00	0.000	0.000	0.000	0

Motivo de la Atención: CIRUGIA

Procedimiento Programado: MAXILOETMOIDECTOMIA + UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA + AMIGDALECTOMIA

Procedimiento Autorizado: MAXILOETMOIDECTOMIA + UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA + AMIGDALECTOMIA

INFORMACIÓN DE COBERTURAS Y/O GENERAL:
Se le informa al paciente las siguientes coberturas:

PACIENTE PRESENTA ORDEN DE CLINICA PARA CIRUGIA INCLUYE HOSPITALIZACION
LAS ORDENES DE CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y AYUDANTE LAS TIENE LA SECRETARIA DE EL MEDICO TRATANTE
TIENE EPS CON COOMEVA, ACTIVO, COTIZANTE, , RANGO 3 , SEMANAS COTIZADAS 731, CONSULTA # 22877721.

INFORMACIÓN DE NO CUBRIMIENTOS (EXCLUSIONES):
Se le informa al paciente las siguientes exclusiones:

NO SE CUBRE INSUMOS DE USO PERSONAL.
NO SE CUBREN CIRUGIAS ESTETICAS.

Admisiones: Gustavo Adolfo Gamboa

NO SE HACEN DEVOLUCIONES EN EFECTIVO SUPERIORES A CIEN MIL PESOS

En el evento de tener una devolución después de liquidada la cuenta a mi favor superior a cien mil pesos, consignarla en la:
Cuenta Corriente____ Ahorros ____ No. _____ Banco: _____
a nombre de: _____ o cheque a nombre de: _____
con C.C. # _____

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ACEPTO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO SOBRE LAS NO COBERTURAS DE MI ASEGURADORA

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y SOPORTE

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A. para consultar y reportar, en cualquier tiempo, en DataCrédito o en cualquier otra central de información de riesgo, toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito o servicio.

Acepta _____ C.C. _____

Silvana Zapata Cel. 3212763349

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS
/ PROCEDIMIENTOS / TRATAMIENTOS MÉDICOS

Referencia

FECHA: Septiembre 15/15 HC: 16.719.326.

NOMBRE DEL PACIENTE: Jancarlo Zapparrata

EDAD: DÍAS: ____ MES: ____ AÑOS: 49.

ENTIDAD: Coomeva.

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/45 A os/Masculino
Tel:3747428/AV 8 N B 16 88 APTO 1
Serv:Cirugía
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:Programa ORO
NroEstudio:0
Ubi:SALA02
4323688

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE DEL C.M.I. Dr. / Dres.:

Carlos Arturo Pedroza Campo.

ESPECIALISTAS EN: Otorrinolaringología y Cirugía Plástica facial

Yo Jancarlo Zapparrata

Identificado con la CC: X, CE: ___, PA: ___. No. 16.719326 expedida en Cali

obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito **en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento** para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique la siguiente intervención quirúrgica y/o procedimiento y/o tratamiento médico:

septoplastia - Turbinoplastia - Cirugía del oido - Vuelo palpebral y reflejo - Rinoplastia

, así como cualquier otra intervención o reintervención ,advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica o posteriormente o durante la hospitalización, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

1) He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndoseme que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención / procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirúrgica/clínica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón esta por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico.

2) El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos hospitalarios, profesionales interconsultados, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria.

3) He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso la aceptación o escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e

igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo.

4) Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnóstica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento especifico, éste se diligenciará por separado.

5) Acepto la realización de los procedimientos de transfusiones sanguíneas o de componentes de la sangre (Hemoderivados) que llegaren a ser necesarias durante la intervención o en desarrollo de su evolución posterior, para lo cual se procederá a tramitar el consentimiento especifico de ley, e igualmente acepto la toma de muestras y practica de biopsias si fuere del caso, antes, durante o después de la intervención principal cuya práctica he consentido, y/o durante el procedimiento y/o hospitalización.

6) He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención principal programada/procedimiento/tratamiento médico.

7) He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he aceptado, incluido el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse.

8) Se me ha explicado que la intervención y/o procedimiento(s) cuya práctica he aceptado comportan la afectación necesaria de las estructuras anatómicas que corresponden al campo operatorio propio de aquella o estos de acuerdo con las condiciones clínico patológicas que identifican el caso y se me ha advertido que pueden llegar a presentarse alergias medicamentosas, alteraciones de los factores de la coagulación sanguínea no identificados previamente así como afecciones cardiopulmonares inesperadas o reacciones imprevisibles a los agentes anestésicos.

9) Se me ha informado que, a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros órganos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por éste a su médico tratante. Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales el paciente presenta sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles. En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan características débiles que los hacen friables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas. Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir originados en el propio organismo del paciente, o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia.
Durante el postoperatorio inmediato o mediato pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención. Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas.

10) Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles o imprevenibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos. Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a

comprometer de forma temporal o permanente las condiciones de salud del paciente y, en casos extremos, su propia vida.

11) Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosíntesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un Banco de elementos de Osteosíntesis o desechado por inservible por parte del CMI. En los casos de retiro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosméticas estas se destruyen. De todo lo anterior se deja constancia.

12) **Se advierten de forma general los siguientes riesgos no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta:**

- epistaxis
- Perforación septal.
- epistaxis.
- Insuficiencia velofacial
- Sangrado post- quirúrgico vía.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ✓ **NO:** ____

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento:

Jhonatan Zapata

C.C. No. 1671932G **De** Cali

Dirección Av 4 norte # 10-98 ap 1108 **Ciudad** Cali

Testigo: ____

C.C. No. ____ **De** ____

Dirección ____ **Ciudad** ____

Médico(s): Paula Pedroza

C.C. No. 1668684 **De** Cali **Reg. Médico:** 6365

C.C. No. ____ **De** ____ **Reg. Médico:** ____

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del CMI, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1.993 y 2378 de 2.008 y, las guías de buenas prácticas clínicas. Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas.

   En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento . SI: ____NO: _____.

2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad.

   En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento . SI: ____NO: _____.

3- Autorizo que las fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes.

   En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento . SI: ____NO: _____.

CONSTANCIA DEL NO CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y SUS RESPONSABLES

El paciente o responsable identificado en la primera parte de este documento, manifiesta expresamente que no otorga el consentimiento para la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento y/o tratamiento médico y declara que asume la responsabilidad legal plena por los efectos de esta decisión, la cual ha sido tomada después de haber escuchado y entendido de Parte del Doctor:_____ los riesgos que para mi salud comporte esta decisión.

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento:

_____

C.C. No. _____ **De:** _____

Testigo: _____

C.C. No._____ **De:** _____

Médico(s): _____

C.C. No. _____**De:**_____ **Reg. Médico:** _____

Valoración pre-anestésica

Registro de Anestésia Página: 1/1 Código R-CIR-0013 Versión No. 2 Fecha de creación: abril de 2013

Centro Médico Imbanaco — Vocación de Servicio

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de diligenciamiento: 14 / 09 / 15 — Fecha de cirugía: 15 / 09 / 15 — Hora: 9:00am

Nombres y Apellidos	Sexo	Edad	Ocupación	Entidad
Jon Carlo Zapata Valencia	F ☐ M ☒	Día(s) ☐ Mes(es) ☐ Año(s) ☒ 49	Admon	Coomeva MP

Diagnóstico	Procedimiento	Cirujano
Sinusopatia Crónica	Maxiloetmoidectomia + Uvulopalato + Tonsilectomia.	Dr. Carlos Bedoya

ANTECEDENTES

QUIRÚRGICOS Hemorragia - Infección: Apendicectomía, Artroscopia rodilla derecha

ANESTÉSICOS (General, Regional) NVPO - Hipotermia - Dolor incontrolado - Insomnio - Agitación

MÉDICOS (CV, Respiratorio, Renal, Hematológicos, Endocrino, GI, Inmunológico, Neurológico, Psiquiátrico, Neuromuscular, Piel): HTA + DM2

Medicamentos: Enalapril long Cloche, Metformina 850mg día + Esomeprazol 40mg día

Alérgicos: Dipirona

Trasfusionales:

Hemorrágicos:

Tóxicos - Adicciones: (-)

Ginecoobstétricos: FUM:

ANTECEDENTES FAMILIARES: Problemas de anestesia - Alergias - Hemorragias - Hipercoagulación - Anemias - Musculares - Otros

EXAMEN FÍSICO

Apariencia general: Normal

Presión arterial mmHg		Frecuencia cardíaca Latidos/min	Frecuencia respiratoria Respirac./min	Pulsoximetría %	Temperatura °C	Peso Kg	Talla	IMC
120/75	☒ Sentado ☒ Decúbito	76	15	96	—	85	180	—

Cabeza y cuello:

Lentes de contacto	☒ No	☐ Si	Masas en cuello	☐ Si	☒ No
Apertura Oral	☒ > 3cm	☐ < 3cm	Mallampati	☒ 2	☐ 3 ☐ 4
Dientes Flojos	☒ No	☐ Si	D. Tiromentoniana	☒ > 6.5cm	☐ < 6.5cm
Protrusión Dental	☐ Si	☒ No	D. Esternomentoniana	☒ > 12cm	☐ < 12cm
Prótesis	☒ No	☐ Si			

Tórax:

Ruidos cardíacos	☒ Normal ☐ Anormal	Explique:	
Auscultación pulmonar	☒ Normal ☐ Anormal	Explique:	

Abdomen: Negativo

Extremidades: Fácil venopunción para líquidos endovenosos - Insuficiencia venosa - Edemas - Test de Allen: Normales

Espalda: Fácil para conductivo: Normal

Otros: —

EXÁMENES

Hb/Hcto		Glicemia		TSH	
Leucocitos	OK	Creatinina	OK	Albúmina	
Plaquetas		Na+			
TP		K+		P de O	
PTT		Cl-		EKG / ECO / Esfuerzo / Cateterismo	
				Rayos X de tórax	
				Otros estudios	Hb Glicosilada: 7.2

PLANES

Riesgo: ASA II — NYHA I — Glasgow 15/15 — Otras —

Preoperatorio: Premedicación: NO — Ayuno: ✓ — Profilaxis TVP/TEP: NO — Profilaxis antibiótica (PPS): — Hemoderivados: — Preparación de colon: NO

Operatorio: Sedación ☐ — A. Local ☐ — A. Conductiva ☐ — A. General ☒ — ☒ OT ☐ INT ☐ LMA ☐ C. Nasal — Monitoría: Básica — Compresión neumática: ☐

Postoperatorio: Analgesia: Sinolgén + Celebrex 200mg. — Ambulatorio ☒ — Hospitalizado ☐ — Intermedio ☐ — UCI ☐ — UCI-Pediátrica ☐ — UCI-RN ☐

Interconsultas: NO — **Otros:** NO

Nombre del anestesiólogo y firma: Camilo Cruz A.

CAMILO CRUZ A.
ANESTESIOLOGO - U.V.
C.C. 16.765.2[illegible]

Consentimiento para procedimientos anestésicos

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Yo, † Jaucela Zapata [illegible] identificado con documento de identidad; Tipo [1] _____
No. † 1671926, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología del Centro Médico Imbanaco, a realizar en mi o en el (la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica: _____

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el anestesiólogo empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración.

Técnica general y sedación: Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión de labios y/o dientes, laringoespasmo, bronco espasmo, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognoscitivas y psicomotoras, sueños o recuerdos intraoperatorios, infarto, tromboembolismo pulmonar, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorespiratorio y muerte.

Técnica conductiva neuroaxial: Hematoma, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, vejiga miogénica o retención urinaria, paro cardiorespiratorio y muerte. Además se me explica el manejo del dolor con analgesia peridural ambulatoria con bombas PCA la cual tiene los mismos riesgos de la técnica conductiva.

Bloqueos Regionales: Neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o escoriaciones piel, paro cardiorespiratorio y muerte.

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos impredecibles como reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, productos sanguíneos, y/o elementos de monitoría.

La anestesia será administrada por uno de los anestesiólogos socio o adscrito del Centro Médico Imbanaco, entendiendo también que puede participar más de uno si llega la hora de cambio de turno.

Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos, y gineco-obstetricos, incluyendo la capacidad de estar embarazada, así como las alergias, consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos, y potenciales complicaciones.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Firma: _____

Documento de identidad: Tipo: _____ No: 1671926

TESTIGO

_____ Firma: _____

Nombre: _____

Documento de identidad: Tipo: _____ No: _____

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente/ tutor comprende(n) completamente lo que he explicado.

MÉDICO ANESTESIÓLOGO

Firma: Camilo Cruz

CAMILO CRUZA. ANESTESIOLOGO U.V. C.C. 94.198.397 T.P. 16.765.228

Sello

Fecha de diligenciamiento 15 (DD) 09 (MM) 2015 (AA)

1 Tipo: CC: Cédula de ciudadanía; CE: Cédula de extranjería; PA: Pasaporte.

Evaluación previa a la inducción

Fecha: 15/IX/15 ASA II TA 120/75 FC 76x1' FR 15x1' TEMP Afebril Sat 02: 96

Medicamentos OK

1. Responda los cambios de su salud desde la pre-anestesia hasta el día de hoy:

¿Tiene tos o catarro? Si ☒ No ☐ ¿Esta orinando bien? Si ☒ No ☐ Tiene heridas o pus en la piel? Si ☐ No ☒

¿Ha tenido cefalea o mareos? Si ☐ No ☒ ¿Tiene cólicos abdominales o diarrea? Si ☐ No ☒

¿Tiene algo que agregar usted que considere importante, antes de la anestesia? Si ☐ No ☒ Esta usted en ayuno? Si ☒ No ☐

¿Cuánto tiempo de Ayuno? 8h Tiene exámenes solicitados en la pre-anestesia pendientes? Si ☐ No ☒

¿Cuáles? _____

Camilo

CAMILO CRUZA. ANESTESIOLOGO U.V. C.C. 94.198.397 T.P. 16.765.228

Firma del médico

Registro Anestésico

Fecha: 15 | 9 | 2015

PACIENTE: Jan Carlo Zapanata

Diagnósticos: Sinusopatia Crónica

Procedimiento: Maxilectmoidectomía + uvulopalato faringoplastia + tonsilectomía y Rinoplastia.

Anestesiólogo: Camilo Cuch
Cirujano: Dr. Pedroza | Dra.
Ayudante: Dra Mª Alejandra Pulido
Instrumentadora: Inés
Circulante: Ovia

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Eventos Intraoperatorios

1. Unasyn 3g IV
2. Midazolam 5mg IV
3. Fentanyl 250mcg IV
4. Lidocaina 2cc IV
5. Rocuronio 40mg IV
6. Dexametasona 8mg IV
7. Ketorolaco 60mg IV
8. Bytoral 4mg IV
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.

ANESTÉSICOS

FiO2	100	60	60	60	60	60	60	60	100
Remifentanyl									
Propofol									
Desfluorane (Des)		.6	.6	.7	.7	.7	1		0

EVENTOS IOP

EKG	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS	RS
SpO2	99	98	99	99	99	98	98	98	98
EtCO2	39	40	39	39	41	41	38	40	40
TEMP									
BIS	35	40	50	51	44	40	48	47	54
RNM									
Diuresis									
PVC									

Técnica Anestésica
- [x] General Inhalatoria
- [x] Intravenosa
- [ ] Multimodal
- [ ] Peridural
- [ ] Espinal

Aguja No. _____ Catéter _____
Nivel punción _____
Nivel anestésico _____
Bloqueo _____

- [ ] Sedación
- [ ] Local controlada

Vía Aérea
- [ ] Cánula
- [ ] Máscara
- [ ] LMA
- [ ] Frestrach
- [ ] Proseal
- [ ] Flexible
- [x] IOT
- [ ] INT
- [ ] Fibroscopia

Tubo doble luz
- [ ] Derecho
- [ ] Izquierdo
- [ ] Sellick
- [ ] Comback

No. 8.0

Hora: 10 11 12 13 14 15 16

200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 35 30 25 20 15 10 5

1gr unasyn

VENTILACIÓN
Modo: V.C.V
FR: 10-12
VM: 515cc
Pva: 5
Peep: 10

GASES SANGUINEOS

Hora	pH	pCO2	pO2	HCO2	SAT	BE	LACT
9:20							

BALANCE DE LIQUIDOS

Eliminados		Administrados	
Diúresis		Lactato Ringer	500
Pérdidas insensibles		Solución salina	1.230
Diuresis		Coloides	
Sangrado		Sangre	
Otros		Glóbulos rojos	
		Otros	
Total		Total	1730

Traslado a:
- [x] Fase I de recuperación Anestésica
- [ ] Fase II de recuperación Anestésica

UCIM UCI UCI-P UCI-RN

Tiempos

Inicio de anestesia	9:20am
Inicio de cirugía	9:40am
Fin cirugía	15:00
Fin anestesia	15:10

Nota entrega anestesiólogo

CAMILO CUCH
ANESTESIOLOGO - U.V.
C.C. 16.[illegible].10 Cuch
FIRMA

Traslado de quirófano a la Unidad de Cuidados Postanestésicos

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/49 A 08/Masculino
Tel:3747428/AV 8 N 8 10 98 APTO 1
Serv:Cirugía
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:Progreso ORO
NroEstudio:0
Ubi:SALA02
4323688

Hora de traslado | Complicaciones Intraoperatorias

INGRESA CON

- ☐ Canalización venosa
- ☐ Canalización arterial
- ☐ Hemovac
- ☐ Catéter Peridural
- ☐ Catéter Central
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Tubo Endotraqueal
- ☐ Tubo de Tórax
- ☐ Sonda Nasogástrica Drenaje
- ☐ Otro(s), ¿ Cual(es)? _____

VALORACIÓN DE ACUERDO ANESTESIA RECIBIDA A LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

ESCALA DE ALDRETTE

SPO2	2	Capaz de mantener saturación de Oxígeno >92% en aire ambiente.
	1	Requiere Oxígeno para mantener saturación de Oxígeno mayor a 90%.
	0	Saturación de Oxígeno < a 90% incluso con suplemento de oxígeno.
CIRCULACION	2	TA+-20% del nivel preanestésico.
	1	TA+-20%-49% del nivel preanestésico.
	0	TA+-50% del nivel preanestésico.
RESPIRACION	2	Capaz de respirar profundamente o toser libremente.
	1	Apnea, respiración limitada o taquipnea.
	0	Apneico o con respiración artificial.
MOVIMIENTO	2	Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo órdenes.
	1	Capaz de mover las 2 extremidades voluntariamente o bajo órdenes.
	0	Capaz de mover 1 extremidad voluntariamente o bajo órdenes.
CONCIENCIA	2	Despierto.
	1	Despierta al llamado.
	0	Dolor agudo que requiere medicación parenteral
TOTAL		

ESCALA BROMAGUE

0.	No bloqueo motor.
1.	Capacidad de sentarse.
2.	Capacidad de flexionar la rodilla con ausencia de debilidad.
3.	Inhabilidad para levantar la pierna extendida , puede mover la rodilla.
4.	Inhabilidad para flexionar la rodilla, puede mover el pie solamente.
5.	Inhabilidad para flexionar el tobillo, inhabilidad para mover el pie y la rodilla.

ESCALA RAMSAY

Nivel 1	Paciente agitado, ansioso o inquieto.
Nivel 2	Paciente cooperador, orientado y tranquilo.
Nivel 3	Dormido con respuesta a órdenes.
Nivel 4	Dormido con breves respuestas a la luz y el sonido.
Nivel 5	Dormido con respuesta sólo al dolor.

Eventos detalles del traslado

Órdenes médicas por anestesiólogo para la U.C.P.A.

Hora de alta y de salida UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTESICOS

_____
Firma del médico

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD OPERATORIA

Página: 1/1
Código: R-C[illegible]0004
Edición No. [illegible]
Fecha de Creación: 08/05/2012

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16219338/45 de/Cali/Colombia
Tel:3249428/29 [illegible]
Servicio:Cirugía
Entidad:COOMEVA MEDICINA
Plan.Propesa SRO
Nro.Estudio:0
Usr:SALA02
4323688

Sep / 15 / 2012

INGRESO

Antes de la inducción anestésica
Anestesiólogo - Circulante

- [ ] **EL PACIENTE HA CONFIRMADO:**
  - Identidad
  - Procedimiento a realizar
  - Sitio del procedimiento
  - Consentimiento informado firmado
  - Ayuno
- [ ] **SITIO DE CIRUGÍA MARCADO / NO APLICA**
- [ ] **CHEQUEO SEGURIDAD ANESTÉSICA:**
  - Máquina anestésica funcionando
  - Monitores funcionando
  - Canasta insumos abierta, verificada y completa
  - Laringo, tubos y máscaras disponibles
- [ ] **CHEQUEO SEGURIDAD DEL PACIENTE:**
  - Alergias conocidas y definidas
  - Riesgo de broncoaspiración
  - Riesgo de intubación difícil y equipo disponible
  - Reserva de sangre si es requerida
  - Necesidad de sonda vesical y otras
- [ ] **ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO:**
  - Definido según protocolos
  - Preparado y/o en aplicación
- [ ] **OTROS:**
  - Tromboprofilaxis química o mecánica
  - Suministros, insumos o equipos especiales están disponibles

PAUSA

Antes de la incisión
Anestesiólogo - Cirujanos

- [ ] **EL EQUIPO HUMANO ESTÁ COMPLETO:**
  - Cirujano y ayudante
  - Pediatra u otro especialista requerido
  - Instrumentador quirúrgico
  - **OTROS:** Perfusionista, casa médica, navegador
- [ ] **EL EQUIPO QUIRÚRGICO CONFIRMA LA CIRUGÍA, POSICIÓN DEL PACIENTE Y LADO**
- [ ] **DISCUSIÓN SOBRE EVENTOS CRÍTICOS PROBABLES:**
  - **CIRUJANO:**
    - Preparación para pasos críticos
    - Duración estimada de la cirugía
    - Sangrado probable y preparación previa
    - Suministros o insumos solicitados disponibles
  - **ANESTESIÓLOGO:**
    - Manifestar si hay dificultades o problemas específicos del paciente
  - **INSTRUMENTADORA:**
    - Verifica indicadores esterilización
    - Confirma equipos especiales y/o suministros solicitados
- [ ] **ESTUDIOS Y AYUDAS DIAGNOSTICAS EN LA SALA**
- [ ] **ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO APLICADO A TIEMPO**

SALIDA

Antes de retirar los campos
Todo el equipo quirúrgico

- [ ] **INSTRUMENTADORA Y CIRCULANTE:**
  - Conteo de cortantes completo
  - Conteo completo de gasas, compresas, mechas, algodones, cotonoides e instrumental
  - Marcación de muestras o cultivos
  - Problemas con equipos: para reportar
- [ ] **CIRUJANOS:**
  - Alguna recomendación especial
  - Órdenes médicas acordadas
- [ ] **ANESTESIÓLOGO:**
  - Órdenes médicas completas
  - Recomendaciones especiales en recuperación
- [ ] **CONSIDERACIONES ESPECIALES DEL CASO:**
  - Profilaxis trombósis venosa profunda
  - Remisión a la Unidad de Cuidado Intensivo
  - Consideraciones especiales de antibióticos
- [ ] **ANESTESIÓLOGO PRESENTE PARA LLEVAR PACIENTE A RECUPERACIÓN**

CAMILO CRUZA. ANESTESIOLOGO U.V. R.M. 27705-93 C.C. 16.765.228

FIRMA DEL CIRUJANO | *FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO* | *FIRMA DE LA INSTRUMENTADORA Y CIRCULANTE*

World Health Organization

**Esta lista de chequeo es una modificación de la sugerida por la OMS y comité de seguridad SCARE.*

Periodo elaboración Octubre 2011
Versión No. 3

23

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

TRANSFERENCIA DE PACIENTES

ADMISIONES - EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA

No Ingreso:	No. Historia:	Fecha:
7664908	CC-16719326	02/01/2017 07:00:00 a.m.
Ingresa a:		Habitación:
CIRUGIA - SEDE PRINCIPAL		

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Primer Apellido:	Segundo Apellido:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:
ZAPPARRATA	VALENCIA		JAN		CARLO
Tipo y Documento de Identidad: CC-16719326	**Sexo:** Masculino	**Fecha Nacimiento:** 22/10/1965	**Edad:** 51 Años		**Nacionalidad:** COLOMBIA
Dirección de Residencia: AV 8 NORTE NO. 10 - 98 APTO 11 08	**Barrio:** GRANADA		**Teléfono Fijo:** 3747428	**Celular:** 320 636 44 53	**Ciudad:** Santiago de Cali
Correo Electrónico:	zapparrata@hotmail.com				

DATOS RESPONSABLE

Nombre Completo Responsable: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA		
Tipo y Documento de Identidad: CC-16719326	**Edad:** 51 Años	**Nacionalidad:** COLOMBIA
Dirección de Residencia: AV 8 N # 10 98 APTO 11 08	**Teléfono Fijo:** 3747428	**Teléfono Celular:** 320 636 44 53
Dirección Oficina:	**Teléfono:**	**Correo Electrónico:**

DATOS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)

Entidad	Nit	Plan	Contrato	Nro. Poliza	Tipo Afiliado	Rango Salarial
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.	805.009.741-0	PROGRAMA ORO	01-	05 61622 1 00 0	Cotizante	
COOMEVA EPS-C S.A.	805.000.427-1		01			
PARTICULAR	3	1 PARTICULAR	01			

Médico Tratante FUERTES BOLAÑOS DARIO FERNANDO

DATOS DE LA AUTORIZACIÓN DE RESPONSABLE DE PAGO (ERP)

Tipo de Admisión: **POR EVENTO**

Paquete/Procedimiento Cotizado:

Valor Paquete/Procedimiento Cotizado:

Tipo Orden	Numero de Orden	%	Entidad	Paciente	Tope	Días Hospitalización
Formato de Transferencia	7664908	100.00	0.000	0.000	0.000	0

Motivo de la Atención: CIRUGIA

Procedimiento Programado: NEUROLISIS DEL PLEJO LUMBAR BILATERAL

Procedimiento Autorizado:

INFORMACIÓN DE COBERTURAS Y/O GENERAL:
Se le informa al paciente las siguientes coberturas:

PACIENTE PRESENTA ORDEN DE CLINICA PARA CIRUGIA AMBULATORIA
ADICIONAL PRESENTA ORDEN DE CIRUJANO EXPEDIDA PARA COBRO POR CMI
ORDEN DE ANESTESIOLOGO EXPEDIDA CON COBRO DIRECTO AL MEDICO
TIENE COOMEVA EPS: COTIZANTE - ACTIVO SEGUN FOSYGA

INFORMACIÓN DE NO CUBRIMIENTOS (EXCLUSIONES):
Se le informa al paciente las siguientes exclusiones:

INSUMOS DESECHABLES NI ELEMENTOS DE USO PERSONAL

Admisiones: **LORENA FERNANDA GOMEZ MARTINEZ**

NO SE HACEN DEVOLUCIONES EN EFECTIVO SUPERIORES A CIEN MIL PESOS
En el evento de tener una devolución después de liquidada la cuenta a mi favor superior a cien mil pesos, consignarla en la:
Cuenta Corriente____ Ahorros ____ No. _____ Banco: _____
a nombre de: _____ o cheque a nombre de: _____
con C.C. # _____

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ACEPTO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO SOBRE LAS NO COBERTURAS DE MI ASEGURADORA

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y SOPORTE

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A. para consultar y reportar, en cualquier Banco, en DataCrédito o en cualquier otra central de información de riesgo, toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito o servicio.

Acepta

C.C. 16719326

Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.
Vocación de Servicio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACION, INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS

(OTORGADO EN DESARROLLO DE LA LEY 23 DE 1981)

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/51 Años/Masculino
Tel:3747428/AV 6 NORTE NO. 10 - 88 A
Serv:Cirugia
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:0
Ubi:SP SALA10
5434982

FECHA: CALI, XII-29 DE 2016 HC: 16.719.326

NOMBRE DEL PACIENTE: JAN CARLO ZAPARRATA

EDAD: DÍAS: ____ MES: ____ AÑOS: 51 AÑOS

ENTIDAD: COOMEVA

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE DEL C.M.I. Dr. / Dres.: CALLE23BNTE No 3n57 DR. DARIO FDO FUERTES BOLAÑOS

ESPECIALISTAS EN: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA -CIRUGIA DE COLUMNA

Yo, JAN CARLO ZAPARRATA VALENCIA, identificado con la CC: X, CE: ___, PA: ___. No. 16.719.326 expedida en CALI obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique la siguiente intervención quirúrgica y/o procedimiento y/o tratamiento médico: NEUROLISIS DEL PLEJO LUMBAR BILATERAL

así como cualquier otra intervención o re intervención, advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica o posteriormente o durante la hospitalización, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

1) He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndoseme que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención/ procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirúrgica/clínica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón esta por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico.

2) El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos hospitalarios, profesionales interconsultados, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria.

3) He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso la aceptación o escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo.

4) Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnóstica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento especifico, éste se diligenciará por separado.

5) Acepto la realización de los procedimientos de transfusiones sanguíneas o de componentes de la sangre (Hemoderivados) que llegaren a ser necesarias durante la intervención o en desarrollo de su evolución posterior, para lo cual se procederá a tramitar el consentimiento especifico de ley, e igualmente acepto la toma de muestras y practica de biopsias si fuere del caso, antes, durante o después de la intervención principal cuya práctica he consentido, y/o durante el procedimiento y/o hospitalización.

6) He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención principal programada/procedimiento/tratamiento médico

7) He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he aceptado, incluido el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse.

8) Se me ha explicado que la intervención y/o procedimiento(s) cuya práctica he aceptado comportan la afectación necesaria de las estructuras anatómicas que corresponden al campo operatorio propio de aquella o estos de acuerdo con las condiciones clínico patológicas que identifican el caso y se me ha advertido que pueden llegar a presentarse alergias medicamentosas, alteraciones de los factores de la coagulación sanguínea no identificados previamente así como afecciones cardiopulmonares inesperadas o reacciones imprevisibles a los agentes anestésicos.

9) Se me ha informado que, a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros órganos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes,

cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por éste a su médico tratante. Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales el paciente presenta sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles. En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan características débiles que los hacen friables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas. Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir originados en el propio organismo del paciente, o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia.

Durante el postoperatorio inmediato o mediato pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención. Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas.

10) Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles o imprevenibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos. Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a comprometer de forma temporal o permanente las condiciones de salud del paciente y, en casos extremos, su propia vida.

11) Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosíntesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un banco de elementos de osteosíntesis o desechado por inservible por parte del CMI. En los casos de retiro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosméticas estas se destruyen. De todo lo anterior se deja constancia.

12) Se advierten de forma general los siguientes riesgos no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta: DOLOR DE CABEZA- CEFALEA -INFECCION NEUROLOGICA- REACCION ALERGICA ANAFILAXIA- HEMATOMA- INFLAMACION RAIZ NEVIOSA RADICULTIS- PERDIDA DE FUERZA- PARAPLEJIA- FISTULA- DOLOR RESIDUAL- EMBOLISMO DE CORTICOIDES- NCROSIS DE MEDULA- LESION VASCULAR- CHOQUE HEMORRAGICO- MENINGITIS..

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: __X__ NO: _____.

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento: JAN CARLO ZAPARRATA VALENCIA

C.C. No. 16.719.326 ----------

De Cali CALI

Dirección Avd 8 norte #10-98 Ciudad CALI

Testigo: _____

C.C. No. _____ De _____

Dirección _____ Ciudad _____

Médico(s): DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS

C.C. No. 98.400.191 De CALI Reg. Médico: 52931/04 52931 / 2004.

C.C. No. _____ De _____ Reg. Médico: _____

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del CMI, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2.008 y, las guías de buena prácticas clínicas. Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____ NO: _____.

2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____ NO: ____.

3- Autorizo que las fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____ NO: _____.

CONSTANCIA DEL NO CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y SUS RESPONSABLES

El paciente o responsable identificado en la primera parte de este documento, manifiesta expresamente que no otorga el consentimiento para la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento y/o tratamiento médico y declara que asume la responsabilidad legal plena por los efectos de esta

decisión, la cual ha sido tomada después de haber escuchado y entendido de parte del Doctor: _____ los riesgos que para mi salud comporte esta decisión:

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento:

_____

C.C. No. _____ De: _____

Testigo: _____

C.C. No. _____ De: _____

Darie F. Fuertes B.
Ortopedia y Traumatología
Cirugía Columna
C.C. 98400191 RM. 025931/04

Médico(s): _____

aloración pre-anestésica

Registro de Anestésia Página: 1/1 Código: R-CIR-0013 Versión No. 2 Fecha de creación: abril de 2013

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de diligenciamiento: 29/12/16 | Fecha de cirugía: 2/12/16 | Hora: 7a

Nombres y Apellidos: Jan Carlos Zapata Valencia | Sexo F [X] M [ ] | Edad: 51 Día(s) Mes(es) Año(s) | Ocupación: A Emp. | Entidad: Coomeva

Diagnóstico: Espondilolistesis + Radic L4 | Procedimiento: Infiltración Plexo lumbar | Cirujano: J Fierro

ANTECEDENTES

QUIRÚRGICOS Hemorragia - Infección: Apy Rod Der LCA 25a - Apendicectomía Raquidea: OK Adel: OK

ANESTÉSICOS (General, Regional) HVPO - Hipotermia - Dolor incontrolado - Insomnio - Agitación: Mareo Vomito - Taquipnea Adel: OK

MÉDICOS (CV, Respiratorio, Renal, Hematológico, Endocrino, GI, Inmunológico, Neurológico, Psiquiátrico, Neuromuscular, Piel): HTA: Diabetes Adel: OK T/L c

Medicamentos: Esomeprazol Enalapril E — Dieta Met Famotidina 850 1/2 c

Alérgicos: — Dipirona

Trasfusionales

Hemorrágicos

Tóxicos - Adicciones: — Dejó hace 2a

Ginecoobstétricos: FUM:

ANTECEDENTES FAMILIARES: Problemas de anestesia - Alergias - Hemorragias - Hipercoagulación - Anémias - Musculares - Otros

EXAMEN FÍSICO

Apariencia general:

Presión arterial mmHg	Frecuencia cardíaca Latidos/min	Frecuencia respiratoria Respirac./min	Pulsoximetría %	Temperatura °C	Peso Kg	Talla m	IMC
140/80 [ ] Sentado [ ] Decúbito					92	1.80	

Cabeza y cuello:

Lentes de contacto	[ ] No [ ] Sí	Masas en cuello	[ ] Sí [X] No		
Apertura Oral	[X] > 3cm [ ] < 3cm	Mallampati	[1] [2] [X] 3 [4]		
Dientes Flojos	[X] No [ ] Sí	D. Tiromentoniana	[ ] > 6.5cm [ ] < 6.5cm		
Protrusión Dental	[ ] Sí [X] No	D. Esternomentoniana	[ ] > 12cm [ ] < 12cm		
Prótesis	[X] No [ ] Sí				

Tórax:

Ruidos cardíacos	[X] Normal [ ] Anormal	Explique:
Auscultación pulmonar	[ ] Normal [ ] Anormal	Explique:

Abdomen

Extremidades: Fácil venopunción para líquidos endovenosos - Insuficiencia venosa - Edemas - Test de Allen

Espalda: Fácil para conductiva

Otros

EXÁMENES

Hb/Hcto		Glicemia		TSH	
Leucocitos		Creatinina		Albúmina	
Plaquetas		Na+			
TP		K+			
PTT		Cl-			

P de O

EKG / ECO / Esfuerzo / Cateterismo

Rayos X de tórax

Otros estudios

PLANES

Riesgo: ASA 2 NYHA Glaspow Otras Cefazolina

Preoperatorio: Premedicación: Ayuno: Profilaxis TVP/TEP: Profilaxis antibiótica (PPS): Hemoderivados: Preparación de colon: [ ]

Operatorio: [Sedación] [A. Local] [A. Conductiva] [A. General] [IOT] [INT] [LMA] [C. Nasal] Monitoría: Basic Compresión neumática: [ ]

Postoperatorio: Analgesia: [Ambulatorio] [Hospitalizado] [Intermedio] [UCI] [UCI-Pediátrica] [UCI-RN]

Interconsultas: Otros:

Luis Miguel Velasquez M.
ANESTESIÓLOGO
C.C. 16.447.989
R.M. 10662

Nombre del anestesiólogo y firma: Luis M Velasquez

Consentimiento para procedimientos anestésicos

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Yo, JANETH ZAPATA identificado con documento de identidad; Tipo: [ ]
No, 66719326, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología del Centro Médico Imbanaco, a realizar en mi o en el (la) paciente [ ] el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica: [ ]

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el anestesiólogo empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración.

Técnica general y sedación: Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión de labios y/o dientes, laringoespasmo, bronco espasmo, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognoscitivas y psicomotoras, sueños o recuerdos intraoperatorios, infarto, tromboembolismo pulmonar, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorespiratorio y muerte.

Técnica conductiva neuroaxial: Hematoma, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, vejiga miogénica o retención urinaria, paro cardiorespiratorio y muerte. Además se me explica el manejo del dolor con analgesia peridural ambulatoria con bombas PCA la cual tiene los mismos riesgos de la técnica conductiva.

Bloqueos Regionales: Neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o escoriaciones piel, paro cardiorespiratorio y muerte.

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos impredecibles como reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, productos sanguíneos, y/o elementos de monitoría.

La anestesia será administrada por uno de los anestesiólogos socio o adscrito del Centro Médico Imbanaco, entendiendo también que puede participar más de uno si llega la hora de cambio de turno.

Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos, y gineco-obstetricos, incluyendo la capacidad de estar embarazada, así como las alergias, consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoría invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos, y potenciales complicaciones.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Firma: [ ]

Documento de identidad: Tipo: No: 66719326

TESTIGO

[ ] Firma: [ ]

Nombre: [ ]

Documento de identidad: Tipo: No: [ ]

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente/ tutor comprende(n) completamente lo que he explicado.

MÉDICO ANESTESIÓLOGO

Firma: [ ] Fecha de diligenciamiento

Sello 16447261 DD MM AA

1 Tipo: CC: Cédula de ciudadanía; CE: Cédula de extranjería; PA: Pasaporte.

Evaluación previa a la inducción

Fecha: 2/01/19 ASA 2 TA 129/90 FC 85 FR 14 TEMP Sat 02: 96

Medicamentos [ ]

1. Responda los cambios de su salud desde la pre-anestesia hasta el día de hoy:

¿Tiene tos o catarro? Si [ ] No [x] ¿Esta orinando bien? Si [x] No [ ] Tiene heridas o pus en la piel? Si [ ] No [x]

¿Ha tenido cefalea o mareos? Si [ ] No [x] ¿Tiene cólicos abdominales o diarrea? Si [ ] No [x]

¿Tiene algo que agregar usted que considere importante, antes de la anestesia? Si [ ] No [x] Esta usted en ayuno? Si [x] No [ ]

¿Cuánto tiempo de Ayuno? 7 Tiene exámenes solicitados en la pre-anestesia pendientes? Si [ ] No [ ]

¿Cuáles? [ ]

[ ]
Firma del médico

Registro Anestésico

Fecha: 2 01 | 19

PACIENTE: Juan Carlos Zapata

Diagnósticos: BS pandevglitem + Radiculopatia

Procedimiento: Infiltracion Plexo lumbosacro - facetario

Anestesiólogos: C. Muñoz

Cirujano: N. Fuentes

Ayudante:

Instrumentadora: Disay

Circulante: Yamil

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

ANESTÉSICOS

FiO2

1-Bupivacaina 0.37 | 20cc + Dexametasona 8mg Depomedrol 1cc

Lidocaina 2% 1cc

Eventos Intraoperatorios

1. Midazolam 2 f/
2. Fentanyl 50 + 50
3. Lidocaina 2% 10
4. 1-Bupivacaina 0.5% 10
5. Fenecort
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.

Alexandra Guevara Olaya
Auxiliar
Servicio Farmaceutico
Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.

EVENTOS IOP

Técnica Anestésica

- [ ] General Inhalatoria
- [ ] Intravenosa
- [ ] Multimodal
- [x] Peridural
- [ ] Espinal

Aguja No 18 G Catéter

Nivel punción L4-L5

Nivel anestésico T8

Bloqueo

- [ ] Sedación
- [ ] Local controlada

Vía Aérea

- [ ] Cánula
- [ ] Máscara
- [ ] LMA
- [ ] Frastrach
- [ ] Proseal
- [ ] Flexible
- [ ] IOT
- [ ] INT
- [ ] Fibroscopia

Tubo doble luz

- [ ] Derecho
- [ ] Izquierdo
- [ ] Sellick
- [ ] Cormack

No.

EKG 5 5

SpO2 96 90

EtCO2

TEMP

BIS

RNM

Diuresis

PVC

Hora 9

200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 35 30 25 20 15 10 5

VENTILACIÓN
Modo:
FR:
VM:
Pva:
Peep:

Nota entrega anestesiólogo

FIRMA

GASES SANGUÍNEOS

Hora	pH	pCO2	pO2	HCO3	SAT	BE	LACT

BALANCE DE LÍQUIDOS

Eliminados		Administrados	
Déficit		Lactato Ringer	
Pérdidas insensibles		Solución salina	
Diuresis		Coloides	
Sangrado		Sangre	
Otros		Glóbulos rojos	
		Otros	
Total		Total	

Trasladado a:

- [ ] Fase I de recuperación Anestésica
- [ ] Fase II de recuperación Anestésica

UCIM UCI UCI-P UCI-RN

Tiempos

Inicio de anestesia	8:15
Inicio de cirugía	8:20
Fin cirugía	9:15
Fin anestesia	9:20

Traslado de quirófano a la Unidad de Cuidados Postanestésicos

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
Años/Masculino
CC 16733326/61
Tel:3747428/RV
NroEstudio:0
Ubi:SP SALA10
5434982

Hora de traslado | Complicaciones Intraoperatorias

INGRESA CON

- [x] Canalización venosa
- [ ] Canalización arterial
- [ ] Hemovac
- [ ] Catéter Peridural
- [ ] Catéter Central
- [ ] Sonda Vesical
- [ ] Tubo Endotraqueal
- [ ] Tubo de Tórax
- [ ] Sonda Nasogástrica Drenaje
- [ ] Otro(s), ¿ Cual(es)? _____

VALORACIÓN DE ACUERDO ANESTESIA RECIBIDA A LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

ESCALA DE ALDRETTE

SPO2	2	Capaz de mantener saturación de Oxígeno >92% en aire ambiente.
	1	Requiere Oxígeno para mantener saturación de Oxígeno mayor a 90%.
	0	Saturación de Oxígeno < a 90% incluso con suplemento de oxígeno.
CIRCULACION	2	TA+-20% del nivel preanestésico.
	1	TA+-20%-49% del nivel preanestésico.
	0	TA+-50% del nivel preanestésico.
RESPIRACION	2	Capaz de respirar profundamente o toser libremente.
	1	Apnea, respiración limitada o taquipnea.
	0	Apneico o con respiración artificial.
MOVIMIENTO	2	Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo órdenes.
	1	Capaz de mover las 2 extremidades voluntariamente o bajo órdenes.
	0	Capaz de mover 1 extremidad voluntariamente o bajo órdenes.
CONCIENCIA	2	Despierto.
	1	Despierta al llamado.
	0	Dolor agudo que requiere medicación parenteral
TOTAL		

ESCALA BROMAGUE

0.	No bloqueo motor.
1.	Capacidad de sentarse.
2.	Capacidad de flexionar la rodilla con ausencia de debilidad.
3.	Inhabilidad para levantar la pierna extendida , pueda mover la rodilla.
4.	Inhabilidad para flexionar la rodilla, pueda mover el pie solamente.
5.	Inhabilidad para flexionar el tobillo, inhabilidad para mover el pie y la rodilla.

ESCALA RAMSAY

Nivel 1	Paciente agitado, ansioso o inquieto.
Nivel 2	Paciente cooperador, orientado y tranquilo.
Nivel 3	Dormido con respuesta a órdenes.
Nivel 4	Dormido con breves respuestas a la luz y el sonido.
Nivel 5	Dormido con respuesta sólo al dolor.

Eventos detalles del traslado

Órdenes médicas por anestesiólogo para la U.C.P.A.

Hora de alta y de salida UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTESICOS

Firma del médico

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD OPERATORIA

Página: 1/1
Código: R-CIR-0004
Edición No. 1
Fecha de Creación: 08/05/2012

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16718328/83 Años/Masculino
Tel:3247428/09 0 NORTE NO. 10 - 98 A
Serv:Cirugia
Ent:Coomeva MEDICINA
Plan:Preferente Oro
Nro Estudio:0
Ubi:SP SALA10
5434982

INGRESO

Antes de la inducción anestésica
Anestesiólogo - Circulante

- [x] **EL PACIENTE HA CONFIRMADO:**
  - Identidad
  - Procedimiento a realizar
  - Sitio del procedimiento
  - Consentimiento informado firmado
  - Ayuno
- [ ] **SITIO DE CIRUGÍA MARCADO / NO APLICA**
- [x] **CHEQUEO SEGURIDAD ANESTÉSICA:**
  - Máquina anestésica funcionando
  - Monitores funcionando
  - Canasta insumos abierta, verificada y completa
  - Laringo, tubos y máscaras disponibles
- [x] **CHEQUEO SEGURIDAD DEL PACIENTE:**
  - Alergias conocidas y definidas
  - Riesgo de broncoaspiración
  - Riesgo de intubación difícil y equipo disponible
  - Reserva de sangre si es requerida
  - Necesidad de sonda vesical y otras
- [NA] **ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO:**
  - Definido según protocolos
  - Preparado y/o en aplicación
- [x] **OTROS:**
  - Tromboprofilaxis química o mecánica
  - Suministros, insumos o equipos especiales están disponibles

PAUSA

Antes de la incisión
Anestesiólogo - Cirujanos

- [x] **EL EQUIPO HUMANO ESTÁ COMPLETO:**
  - Cirujano y ayudante
  - Pediatra u otro especialista requerido
  - Instrumentador quirúrgico
  - **OTROS:** Perfusionista, casa médica, navegador
- [x] **EL EQUIPO QUIRÚRGICO CONFIRMA LA CIRUGÍA, POSICIÓN DEL PACIENTE Y LADO**
- [x] **DISCUSIÓN SOBRE EVENTOS CRÍTICOS PROBABLES:**
  - **CIRUJANO:**
  - Preparación para pasos críticos
  - Duración estimada de la cirugía
  - Sangrado probable y preparación previa
  - Suministros o insumos solicitados disponibles
  - **ANESTESIÓLOGO:**
  - Manifestar si hay dificultades o problemas específicos del paciente
  - **INSTRUMENTADORA:**
  - Verifica indicadores esterilización
  - Confirma equipos especiales y/o suministros solicitados
- [x] **ESTUDIOS Y AYUDAS DIAGNÓSTICAS EN LA SALA**
- [x] **ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO APLICADO A TIEMPO**

SALIDA

Antes de retirar los campos
Todo el equipo quirúrgico

- [x] **INSTRUMENTADORA Y CIRCULANTE:**
  - Conteo de cortantes completo
  - Conteo completo de gasas, compresas, mechas, algodones, cotonoides e instrumental
  - Marcación de muestras o cultivos
  - Problemas con equipos: para reportar
- [x] **CIRUJANOS:**
  - Alguna recomendación especial
  - Órdenes médicas acordadas
- [x] **ANESTESIÓLOGO:**
  - Órdenes médicas completas
  - Recomendaciones especiales en recuperación
- [x] **CONSIDERACIONES ESPECIALES DEL CASO:**
  - Profilaxis trombósis venosa profunda
  - Remisión a la Unidad de Cuidado Intensivo
  - Consideraciones especiales de antibióticos
- [x] **ANESTESIÓLOGO PRESENTE PARA LLEVAR PACIENTE A RECUPERACIÓN**

FIRMA DEL CIRUJANO *FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO* *FIRMA DE LA INSTRUMENTADORA Y CIRCULANTE*

World Health Organization

**Esta lista de chequeo es una modificación de la sugerida por la OMS y comité de seguridad SCARE.*

Periodo elaboración Octubre 2011
Versión No. 3

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

TRANSFERENCIA DE PACIENTES

ADMISIONES - EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA

No Ingreso:	No. Historia:	Fecha:
7771916	CC-16719326	14/02/2017 02:00:00 p.m.
Ingresa a:		Habitación:
CIRUGIA - SEDE PRINCIPAL		

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
ZAPPARRATA	VALENCIA	JAN	CARLO

Tipo y Documento de Identidad:	Sexo:	Fecha Nacimiento:	Edad:	Nacionalidad:
CC-16719326	Masculino	22/10/1965	51 Años	COLOMBIA

Dirección de Residencia:	Barrio:	Teléfono Fijo:	Celular:	Ciudad:
AVDA 8 NORTE NO. 10 - 98 APTO 11 08	GRANADA	3747428	3206364453	SANTIAGO DE CALI

Correo Electrónico: zapparrata@hotmail.com

DATOS RESPONSABLE

Nombre Completo Responsable: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA

Tipo y Documento de Identidad:	Edad:	Nacionalidad:
CC-16719326	51 Años	COLOMBIA
Dirección de Residencia: AVDA 8 NORTE NO. 10 - 98 APTO 11 08	**Teléfono Fijo:** 3747428	**Teléfono Celular:** 3206364453
Dirección Oficina:	**Teléfono:**	**Correo Electrónico:**

DATOS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)

Entidad	Nit	Plan	Contrato	Nro. Poliza	Tipo Afiliado	Rango Salarial
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.	805 009 741-0	Programa ORO	01-	05 61622 1 00 0	Cotizante	
PARTICULAR	3	1 PARTICULAR	01			
COOMEVA EPS-C S.A.	805.000.427-1		01	16719326		

Médico Tratante CASAS CASTILLO GERARDO

DATOS DE LA AUTORIZACIÓN DE RESPONSABLE DE PAGO (ERP)

Tipo de Admisión: **POR EVENTO**

Paquete/Procedimiento Cotizado.

Valor Paquete/Procedimiento Cotizado:

Tipo Orden	Numero de Orden	%	Entidad	Paciente	Tope	Días Hospitalización
Formato de Transferencia	7771916	100.00	0 000	0 000	0 000	0
Cirugía	30941133	100.00	0.000	0 000	0 000	0
Material de Osteosíntesis	30941108	100.00	11065800.000	0 000	0 000	0
Honorarios de Cirujano	30941109	100.00	2082600.000	0.000	0.000	0
Honorarios de Cirujano	30941110	100.00	520650.000	0.000	0.000	0
Honorarios Anestesiologo	30941111	100.00	833040.000	0.000	0.000	0
Honorarios Anestesiologo	30941112	100.00	208260 000	0 000	0.000	0
Honorarios Ayudantes	30941113	100.00	627780.000	0 000	0 000	0
Honorarios Ayudantes	30941114	100.00	156195.000	0.000	0.000	0

Motivo de la Atención: CIRUGIA

Procedimiento Programado: EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO (EXCEPTO SEGMENTO CERVICAL) Y RAICES ESPINALES POR FORAMINOTOMIA POSTERIOR

Procedimiento Autorizado: EXPLORACION Y DESCOMPRENSION DEL CANAL RAQUIDEO EXCEPTO SEGM Y ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR O LUMBO

INFORMACIÓN DE COBERTURAS Y/O GENERAL:

Se le informa al paciente las siguientes coberturas:

EL EQUIPO DE MONITOREO NEUROLOGICO INTRAOPERATORIO ESTA CUBIERTO Y SE FACTURA EN LOS GASTOS CLINICOS, INFORMACION VALIDADA POR ANTONIO OSORIO DE COOMEVA MP
PACIENTE PRESENTA ORDEN DE CLINICA PARA CIRUGIA INCLUYE AMBULATORIA,
PRESENTA DOS ORDEN DE CIRUJANO A NOMBRE DEL DR.GERARDO CASA , DOS ORDEN DE ANESTESIOLOGO Y DOS ORDENES DE AYUDANTE EXPEDIDAS CON COBRO DIRECTO A CADA MEDICO
ORDEN PARA CUBRIMIENTO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS HASTA $11.065 800=
PACIENTE TIENE ORDEN ADICIONAL # 30941108 LA CUAL ES VALIDA PARA MATERIAL DE OSTEOSINTESIS TORNILLOS TRANSPEDICULARES # 4, BARRAS # 2, CAJA DE FUSION INTERSOMATICA # 1, COBERTURA DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS HASTA UN TOPE DE $ 11 065 800, LOS EXCEDENTES SE DEBEN TRAMITAR POR LA EPS.
PACIENTE PRESETA ORDEN PARA COBERTURA DE MATRIX OSEA POR COOMEVA EPS
TIENE EPS CON COOMEVA, ACTIVO, COTIZANTE, B RANGO 3 , SEMANAS COTIZADAS 798 , CONSULTA # "25189338

INFORMACIÓN DE NO CUBRIMIENTOS (EXCLUSIONES):

Se le informa al paciente las siguientes exclusiones:

ENTIDAD NO CUBRE INMOVILIZADOR,, INJERTOS, ANALGESIA O CATETER POSQX, PROTESIS.
NO SE CUBRE INSUMOS DE USO PERSONAL NI DESECHABLES.
ENTIDAD CUBRE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN CASO DE ENFERMEDAD 100% HASTA UN TOPE DE (10) SMMLV
SE LE INFORMA A PACIENTE QUE AGOTADA LA COBERTURA DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS SE REALIZARA TRAMITE DE LOS EXCEDENTES POR LA EPS, EN CASO DE NEGACION LOS EXCEDENTES SON A CARGO DE PACIENTE

Silvana Zapparrata 3212763349.

Admisiones: **MARTHA ELENA PINEDA BOTINA**

NO SE HACEN DEVOLUCIONES EN EFECTIVO SUPERIORES A CIEN MIL PESOS

En el evento de tener una devolución después de liquidada la cuenta a mi favor superior a cien mil pesos, consignarla en la:
Cuenta Corriente____ Ahorros ____ No. _____ Banco: _____
a nombre de: _____ o cheque a nombre de: _____
con C.C. # _____

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ACEPTO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO SOBRE LAS NO COBERTURAS DE MI ASEGURADORA

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y SOPORTE

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A. para consultar y reportar, en cualquier tiempo, en DataCrédito o en cualquier otra central de información de riesgo, toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito o servicio

Acepta _____ C.C. _____

WRIGHT Wright Medical Technology, Inc.
1023 Cherry Road Memphis, TN 38117, USA

REF 86001000
LOT 1583775
2020-12-31
2016-08-10

TISSUE SOURCE
AlloSource
6278 South Troy Circle
Centennial Co 80111
AATB ACCREDITED
DONOR ID: 154941

ALLOMATRIX® Injectable Putty

vol:10cc

ATTACH TO PATIENT RECORD ② STERILE R

14 | 14 ∞ 45

Dipirona

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS / PROCEDIMIENTOS / TRATAMIENTOS MÉDICOS

FECHA: Enero 31/17 HC: 16719326

NOMBRE DEL PACIENTE: Jan Carlos Zapparrata

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/51 AÑos/Masculino
Tel 3747429/AVDA 6 NORTE NO 10 - 98
Serv.Cirugia
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Programa ORD
NroEstudio 0
Ubi.SP SALA05
5529142

EDAD: DÍAS: ____ MES: ____ AÑOS: 51

ENTIDAD: Coomeva Medicina Prepagra

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE DEL C.M.I. Dr. / Dres.: Gerardo Casas

ESPECIALISTAS EN: Ortopedia y Traumatología

Yo, Jancarlo Zapparrata V

Identificado con la CC: X, CE: ___, PA: ___. No. 16.719326 expedida en Cali

obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito **en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento** para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique la siguiente intervención quirúrgica y/o procedimiento y/o tratamiento médico:

Descompresión + Discectomia Lumbar via anterior con instrumentación

, así como cualquier otra intervención o reintervención ,advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica o posteriormente o durante la hospitalización, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

1) He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndoseme que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención / procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirúrgica/clínica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón esta por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico.

2) El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos hospitalarios, profesionales interconsultados, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria.

3) He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso la aceptación o escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e

igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo.

4) Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnóstica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento especifico, éste se diligenciará por separado.

5) Acepto la realización de los procedimientos de transfusiones sanguíneas o de componentes de la sangre (Hemoderivados) que llegaren a ser necesarias durante la intervención o en desarrollo de su evolución posterior, para lo cual se procederá a tramitar el consentimiento especifico de ley, e igualmente acepto la toma de muestras y practica de biopsias si fuere del caso, antes, durante o después de la intervención principal cuya práctica he consentido, y/o durante el procedimiento y/o hospitalización.

6) He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención principal programada/procedimiento/tratamiento médico.

7) He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he aceptado, incluido el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse.

8) Se me ha explicado que la intervención y/o procedimiento(s) cuya práctica he aceptado comportan la afectación necesaria de las estructuras anatómicas que corresponden al campo operatorio propio de aquella o estos de acuerdo con las condiciones clínico patológicas que identifican el caso y se me ha advertido que pueden llegar a presentarse alergias medicamentosas, alteraciones de los factores de la coagulación sanguínea no identificados previamente así como afecciones cardiopulmonares inesperadas o reacciones imprevisibles a los agentes anestésicos.

9) Se me ha informado que, a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros órganos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por éste a su médico tratante. Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales el paciente presenta sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles. En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan características débiles que los hacen friables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas. Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir originados en el propio organismo del paciente, o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia.
Durante el postoperatorio inmediato o mediato pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención. Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas.

10) Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles o imprevenibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos. Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a

comprometer de forma temporal o permanente las condiciones de salud del paciente y, en casos extremos, su propia vida.

11) Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosíntesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un Banco de elementos de Osteosíntesis o desechado por inservible por parte del CMI. En los casos de retiro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosméticas estas se destruyen. De todo lo anterior se deja constancia.

12) **Se advierten de forma general los siguientes riesgos no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta:**

Infección
Hemorragia
Fibrosis
Fistula de liquido Cefalorraquideo
Dolor Residual.
Rechazo material
Secuelas
Lesión nerviosa

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: X **NO:** _____

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento:

Juan Carlos Zapata

C.C. No. 16719326 **De** Cali

Dirección Av 8 norte # 10-98 apto. 11-08 **Ciudad** Cali

Testigo: Pte Acompañante.

C.C. No. _____ **De** _____

Dirección _____ **Ciudad** _____

Médico(s): Gerardo Casas ORTOPEDIA Y COLUMNA CC 16 629 449 CALI TP 7806/85

_____

C.C. No. _____ **De** _____ **Reg. Médico:** _____

C.C. No. _____ **De** _____ **Reg. Médico:** _____

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del CMI, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1.993 y 2378 de 2.008 y, las guías de buenas prácticas clínicas. Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento . SI: ____NO: _____.

2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____NO: _____.

3- Autorizo que las fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____NO: _____.

CONSTANCIA DEL NO CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y SUS RESPONSABLES

El paciente o responsable identificado en la primera parte de este documento, manifiesta expresamente que no otorga el consentimiento para la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento y/o tratamiento médico y declara que asume la responsabilidad legal plena por los efectos de esta decisión, la cual ha sido tomada después de haber escuchado y entendido de Parte del Doctor:_____ los riesgos que para mi salud comporte esta decisión.

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento:

_____

C.C. No. _____ **De:** _____

Testigo: _____

C.C. No._____ **De:** _____

Médico(s): _____

C.C. No. _____**De:** _____ **Reg. Médico:** _____

Valoración pre-anestésica

Registro de Anestesia Página: 1/1 Código: R-CIR-0013 Versión No. 2 Fecha de creación: abril de 2013

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de diligenciamiento: 08/02/17 Fecha de cirugía: 14/02/17 Hora: 14:00

Nombres y Apellidos	Sexo	Edad	Ocupación	Entidad
Juan Carlo Zapata Valencia	F ☐ M ☒	Día(s) ☐ Mes(es) ☐ Año(s) ☒ 51	Gerente	Coomeva MP

Diagnóstico	Procedimiento	Cirujano
lesion columna lumbar	Instrumentación de columna	Dr. Fuenter

ANTECEDENTES

QUIRÚRGICOS Hemorragia - Infección: Apendicectomia, bloqueo facetario, Uvulopalato faringoplastia

ANESTÉSICOS (General, Regional) NVPO - Hipotermia - Dolor incontrolado - Insomnio - Agitación: Multiples sin complicaciones

MÉDICOS (CV Respiratorio, Renal, Hematológico Endocrino, GI Inmunológico Neurológico, Psiquiátrico, Neuromuscular, Piel): HTA y DM2

Medicamentos: Enalapril 5mg BID, metformina 850mg BID +

Alérgicos: Diprona

Tr onales

Hl ágicos

Tóxicos - Adicciones: No

Ginecoobstétricos FUM

ANTECEDENTES FAMILIARES: Problemas de anestesia - Alergias - Hemorragias - Hipercoagulación - Anémias - Musculares - Otros

EXAMEN FÍSICO

Apariencia general: Normal

Presión arterial mmHg		Frecuencia cardíaca Latidos/min	Frecuencia respiratoria Respirac./min	Pulsoximetría %	Temperatura °C	Peso Kg	Talla m	IMC
120/75	☒ Sentado ☐ Decúbito	76	15	96	Afeb	91	—	—

Cabeza y cuello: Normal

Lentes de contacto	☒ No ☐ Si	Masas en cuello	☐ Si ☒ No		
Apertura Oral	☒ > 3cm ☐ < 3cm	Mallampati	1 ☒ 3 4		
Dientes Flojos	☒ No ☐ Si	D Tiromentoniana	☒ > 6.5cm ☐ < 6.5cm		
Protrusión Dental	☐ Si ☒ No	D Esternomentoniana	☒ > 12cm ☐ < 12cm		
Prótesis	☒ No ☐ Si				

Tórax:

Ruidos cardíacos	☒ Normal ☐ Anormal	Explique
Auscultación pulmonar	☒ Normal ☐ Anormal	Explique

Al en: Negativo

Extremidades: Fácil venopunción para líquidos endovenosos - Insuficiencia venosa - Edemas - Test de Allen: Ok

Espalda: Fácil para conductiva: Ok

Otros: —

EXAMENES

Hb/Hcto	OK	Glicemia		TSH	
Leucocitos		Creatinina	OK	Albúmina	
Plaquetas		Na+			
TP		K+			
PTT		Cl-			

P de O

EKG / ECO / Esfuerzo / Cateterismo: Normal

Rayos X de tórax

Otros estudios

PLANES

Riesgo: ASA II NYHA I Glasgow 15/15 Otras: No

Preoperatorio: Premedicación: No Ayuno: ✓ Profilaxis TVP/TEP: — Profilaxis antibiótica (PPS): ✓ Hemodervados: — Preparación de colon: ☐

Operatorio: Sedación ☐ A Local ☐ A Conductiva ☐ A General ☒ BX ☐ INT ☐ LMA ☐ C Nasal ☐ Monitoría: Básica + potenciales Compresión neumática ☐

Postoperatorio. Analgesia: Oral Ambulatorio ☒ Hospitalizado ☐ Intermedio ☐ UCI ☐ UCI-Pediátrica ☐ UCI-RN ☐

Interconsultas. No Otros: —

Nombre del anestesiólogo y firma: Camilo Cuello

CAMILO ANDRES CUELLO GIRALDO ANESTESIOLOGO R.M. 76765

Consentimiento para procedimientos anestésicos

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Yo, X Jon carlo Zapata identificado con documento de identidad, Tipo 1 _____
No, 9 16714336, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología del Centro Médico Imbanaco, a realizar en mi o en el (la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica: _____

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el anestesiólogo empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración.

Técnica general y sedación: Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión de labios y/o dientes, laringoespasmo, broncoespasmo, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognoscitivas y psicomotoras, sueños o recuerdos intraoperatorios, infarto, tromboembolismo pulmonar, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorespiratorio y muerte.

Técnica conductiva neuroaxial: Hematoma, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, vejiga miogénica o retención urinaria, paro cardiorespiratorio y muerte Además se me explica el manejo del dolor con analgesia peridural ambulatoria con bombas PCA la cual tiene los mismos riesgos de la técnica conductiva

Bloqueos Regionales: Neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o esconaciones piel, paro cardiorespiratorio y muerte.

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final Se me advierte que hay otros riesgos impredecibles como reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, productos sanguíneos, y/o elementos de monitoria.

La anestesia será administrada por uno de los anestesiólogos socio o adscrito del Centro Médico Imbanaco, entendiendo también que puede participar más de uno si llega la hora de cambio de turno.

Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos, y gineco-obstetricos, incluyendo la capacidad de estar embarazada, así como las alergias, consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoría invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos, y potenciales complicaciones

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Firma: _____

Documento de identidad: Tipo: _____ No: 9 16714336

TESTIGO

_____ Firma: _____

Nombre: _____

Documento de Identidad: Tipo: _____ No: _____

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente/ tutor comprende(n) completamente lo que he explicado.

MÉDICO ANESTESIÓLOGO

Firma: Camilo Cuervo CARLOS CUERVO A. M.D. RM 915 C.C. 16.765.228 Fecha de diligenciamiento 14 02 2017

Sello DD MM AA

1 Tipo: CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería; PA: Pasaporte.

Evaluación previa a la inducción

Fecha: Feb 14/17 ASA II TA 148/80 FC 90x1' FR 15x1' TEMP Afeb Sat 02: 97%

Medicamentos Enalapril 5mg en la mañana

1. Responda los cambios de su salud desde la pre-anestesia hasta el día de hoy:

¿Tiene tos o catarro? Si ☐ No ☒ ¿Esta orinando bien? Si ☒ No ☐ Tiene heridas o pus en la piel? Si ☐ No ☒

¿Ha tenido cefalea o mareos? Si ☐ No ☒ ¿Tiene cólicos abdominales o diarrea? Si ☐ No ☒

¿Tiene algo que agregar usted que considere importante, antes de la anestesia? Si ☐ No ☒ Esta usted en ayuno? Si ☒ No ☐

¿Cuánto tiempo de Ayuno? 8h Tiene exámenes solicitados en la pre-anestesia pendientes? Si ☐ No ☒

¿Cuáles? _____

Camilo Cu

Firma del médico

Registro Anestésico

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Fecha 14 / 02 / 2017

PACIENTE: Jon Carlo Zapata

Diagnósticos: Lesión de cola de caballo

Procedimiento: Descompresión de columna lumbar por laminectomía
Artrodesis + instrumentación posterior

Anestesiólogos: Dr Camilo Cruz
Cirujano: Dr Fuentes
Ayudante: Dr Cusay
Instrumentadora: Isabel
Circulante: Verónica, Alba Nelly

ANESTÉSICOS

FiO2
Propofol infusión
Desflurano 6 Cam

100 — 70 — 70 — 70 — 70 — 70 — 70 — 70 — 70 — 70 — 100
.3 — .6 — .6 — .6 — .7 — .6 — .6 — .6 — .6 — 0

5 mg/kg/hr 6.2 ASA

EVENTOS IOP

Técnica Anestésica

- [X] General Inhalatoria
- [X] Intravenosa
- [ ] Multimodal
- [ ] Peridural
- [ ] Espinal

Aguja No _____ Catéter _____
Nivel punción _____
Nivel anestésico _____
Bloqueo _____

- [ ] Sedación
- [ ] Local controlada

Vía Aérea

- [ ] Cánula
- [ ] Máscara
- [ ] LMA
- [ ] Frastrach
- [ ] Proseal
- [X] Flexible
- [X] IOT
- [ ] INT
- [ ] Fibroscopia

Tubo doble luz
- [ ] Derecho
- [ ] Izquierdo
- [ ] Sellick
- [ ] Cormack

No 7.5 Anillado

Nota entrega anestesiólogo

EKG	RS — RS — RS — RS — RS — RS — RS — RS — RS — RS — RS
SpO2	98 — 93 — 99 — 99 — 99 — 99 — 99 — 99 — 99 — 99 — 100
EtCO2	41 — 34 — 34 — 35 — 34 — 35 — 35 — 36 — 38 — 37
TEMP	
BIS	98 — 90 — 50 — 90 — 91 — 93 — 80 — 88 — 90 — 91 — 91 — 89 — 91 — 96
RNM	
Diuresis	
PVC	

Hora: 14 15 16 17 18 19 20

VENTILACIÓN
Modo: V.C.V
FR: 10-13
VM: 10Lts
Pva: 6
Peep: NO

CAMILO CRUZ RUEDA
ANESTESIOLOGO U.V.
RM 76302-05
C.C. FIRMA

Camilo Cruz

Eventos intraoperatorios

1. Kefazol 2g IV
2. Midazolam 8mg IV
3. Fentanyl 250mg IV
4. Lidocaina 20mg IV
5. Propofol 130mg IV
6. Esmeron 30mg IV
7. Dexametasona 8mg IV
8. Ranitidina 50mg IV
9. Hidrocortisona 200mg IV
10. Ketorolaco 60mg IV
11. Rocuronio 30mg IV
12. Rocuronio 20mg IV
13. Kefazolina IV
14. Dynastat 40mg IV
15. Ondansetron 8mg IV
16.
17.
18.

GASES SANGUINEOS

Hora	pH	pCO2	paO2	HCO3	SAT	BE	LACT

BALANCE DE LIQUIDOS

Eliminados		Administrados	
Déficit	0	Lactato Ringer	1500
Pérdidas insensibles	1000	Solución salina	1000
Diuresis	300	Coloides	
Sangrado	200	Sangre	
Otros	1	Globulos rojos	
		Otros	
Total	1500	Total	2500

Traslado a:
- [X] Fase I de recuperación Anestésica
- [ ] Fase II de recuperación Anestésica

UCIM | UCI | UCI-P | UCI-RN

Tiempos

Inicio de anestesia	14:30
Inicio de cirugía	15:10
Fin cirugía	20:20
Fin anestesia	20:30

Traslado de quirófano a la Unidad de Cuidados Postanestésicos

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719126/51 Años/Masculino
Tel 3747428/AVDA 8 NORTE NO 10 - 58
Serv Cirugia
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Preferen ORO
NroEstudio 0
Ubi SP SALA05
5529142

Hora de traslado

Complicaciones Intraoperatorias

INGRESA CON

- ☐ Canalización venosa
- ☐ Canalización arterial
- ☐ Hemovac
- ☐ Catéter Peridural
- ☐ Catéter Central
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Tubo Endotraqueal
- ☐ Tubo de Tórax
- ☐ Sonda Nasogástrica Drenaje
- ☐ Otro(s), ¿ Cual(es)? _____

VALORACIÓN DE ACUERDO ANESTESIA RECIBIDA A LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

ESCALA DE ALDRETTE

SPO2	(2)	Capaz de mantener saturación de Oxígeno >92% en aire ambiente
	1	Requiere Oxígeno para mantener saturación de Oxígeno mayor a 90%.
	0	Saturación de Oxígeno < a 90% incluso con suplemento de oxígeno.
CIRCULACION	(2)	TA+-20% del nivel preanestésico.
	1	TA+-20%-49% del nivel preanestésico
	0	TA+-50% del nivel preanestésico
RESPIRACION	(2)	Capaz de respirar profundamente o toser libremente
	1	Apnea, respiración limitada o taquipnea.
	0	Apneico o con respiración artificial
MOVIMIENTO	(2)	Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo órdenes.
	1	Capaz de mover las 2 extremidades voluntariamente o bajo órdenes.
	0	Capaz de mover 1 extremidad voluntariamente o bajo órdenes
CONCIENCIA	(2)	Despierto.
	1	Despierta al llamado.
	0	Dolor agudo que requiere medicación parenteral
TOTAL	10/10	

ESCALA BROMAGUE

(0.)	No bloqueo motor.
1.	Capacidad de sentarse
2.	Capacidad de flexionar la rodilla con ausencia de debilidad.
3.	Inhabilidad para levantar la pierna extendida , puede mover la rodilla
4.	Inhabilidad para flexionar la rodilla, puede mover el pie solamente.
5.	Inhabilidad para flexionar el tobillo, inhabilidad para mover el pie y la rodilla

ESCALA RAMSAY

Nivel 1	Paciente agitado, ansioso o inquieto
(Nivel 2)	Paciente cooperador, orientado y tranquilo.
Nivel 3	Dormido con respuesta a órdenes
Nivel 4	Dormido con breves respuestas a la luz y el sonido.
Nivel 5	Dormido con respuesta sólo al dolor.

Eventos detalles del traslado

Órdenes médicas por anestesiólogo para la U.C.P.A.

CAMILO CRUZ A.
ANESTESIOLOGO - U.V.
Reg. 91965-95
C.C. 16.765.228

Hora de alta y de salida UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTESICOS

Camilo Cruz

Firma del médico

lymca
clave
15257114

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 18719326/CC A 09/Masculino
Tel 3747429/AVDA 9 NORTE NO 18 - 98
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Preferente ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 958 T
5544388

ENTREGA DE TURNO DE MEDICAMENTOS

Página 1/1
Código
Versión N° 2
Fecha de Actualización

Dx: Descompresion de canal Raquideo.
Plan de LEV TH
Fecha de Equipos: 14/02/17
Fecha de venopunción: MSD 18-02-17.
Alergias. Diprirona
Medico Tratante: Casas.

MEDICAMENTO	Dosis y Horario		15-02-17 M	15-02-17 T	15-02-17 N	16-2-17 M	16-2-17 T	16-2-17 N	17-02-17 M	17-02-17 T	17-02-17 N	18-02-17 M	18-02-17 T	18-02-17 N	19-02-17 M	19-02-17 T	19-02-17 N	ddmmaa M	ddmmaa T	ddmmaa N	ddmmaa M	ddmmaa T	ddmmaa N	ddmmaa M	ddmmaa T	ddmmaa N	ddmmaa M	ddmmaa T	ddmmaa N
Bryfenol x 4mg	DOSIS 4mg.	R	3	3	2	0	2	1	0	3	2	0	3	2	0	0												
	HORARIO 6-14-22	A	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0													
		F	0	0	0	0	0	1	3	0	0	3	0	0	0													
		D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0													
		E	3	2	0	1	1	0	3	2	0	3	2	2	0													
		V	—	OK	/	N	OK	OK	—	OK	OK	/	OK	OK	—													
Lyrica 75 x 75	DOSIS 75 mg	R	1	0	0	2	1	2	0	2	2	0	1	1	2	2												
	HORARIO 10-22	A	1	0	1	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1													
		F	0	0	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0													
		D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0													
		E	0	0	2	1	2	0	2	2	0	1	0	2	2													
		V	OK	—	/	OK	—	OK	OK	—	OK	/	—	OK	OK													
Almatorun x 0.5	DOSIS 0.5mg	R	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0												
	HORARIO 22.	A	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0													
		F	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0													
		D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0													
		E	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0													
		V	0	2	/	2	—	OK	—	—	OK	/	—	OK	—													
Ketorolaco x 30mg	DOSIS 30m.	R	1																									
	HORARIO x Dolor severo.	A	1																									
		F																										
		D			5000																							
		E																										
		V																										
Esomeprazol x 40mg	DOSIS 4	R			0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0												
	HORARIO 6.	A			1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0													
		F			0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0													
		D			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0													
		E			0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0													
		V			/	2	—	OK	—	—	OK	/	—	OK	0													

R. Recibe	NOMBRE LEGIBLE ENTREGA		Dra Cuenca	Dra Cuenca	Dra Cuenca	Dra Cuenca	Dra Cuenca	Dra Cuenca				Dra Cuenca	Dra Cuenca	Dra Cuenca	Dra Cuenca													
A. Administra																												
F: Lo que llega de farmacia.																												
D: Devolutivos	NOMBRE LEGIBLE RECIBE		Dra Cuenca	Dra Cuenca	Dra Cuenca	Dra Cuenca	Dra Cuenca	Dra Cuenca				Dra Cuenca	Dra Cuenca	Dra Cuenca	Dra Cuenca													
E: Entrega																												
V. verificacion																												

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 15719326/01 8 os/Masculino
Tel 3747428/AVDA 8 NORTE NO 10 - 38

Serv HOSPITALIZACION
Cnl COONEVA MEDICINA
Plan Progresa ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 558 T

5544388

ENTREGA DE TURNO DE MEDICAMENTOS

Página 1/1
Código
Versión N° 2
Fecha de Actualización

Dx:

Plan de LEV:

Fecha de Equipos:

Fecha de venopunción:

Alergias:

Medico Tratante:

MEDICAMENTO	Dosis y Horario		dd/mm/aa M	T	N	dd/mm/aa M	T	N	dd/mm/aa M	T	N	dd/mm/aa M	T	N	dd/mm/aa M	T	N	dd/mm/aa M	T	N	dd/mm/aa M	T	N	dd/mm/aa M	T	N	dd/mm/aa M	T	N	dd/mm/aa M	T	N
Hidromorfas x 2 mg	DOSIS	R	2	2																								
		A	0																									
		F	0																									
	HORARIO	D	0	4	5																							
		E	2																									
		V																										
Profenid x 100 mg	DOSIS 100 mg	R	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0															
		A	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1																
		F	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0																
	HORARIO 12-24	D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																
		E	2	2	1	2	2	1	2	1	0	0																
		V	OK	OK	OK	OK		OK	✓		OK	OK																
Dolex 500mg	DOSIS 1gr	R	1	1																								
		A	1	1																								
		F	0	0																								
	HORARIO 14-22-06	D	0	0																								
		E	1	1																								
		V	OK	OK																								
Pynastat x 4 mg	DOSIS	R	0	1																								
		A	0	0																								
		F	0	0																								
	HORARIO	D	1	0																								
		E	1																									
		V																										
Nidenax	DOSIS 25 mg	R	2	2	1	2	2	1	0	2	2	0	0															
		A	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0																
		F	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0																
	HORARIO 6-18	D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																
		E	2	1	0	2	1	0	2	1	0	0																
		V	✓	OK	✓	OK	OK	✓	✓	OK	OK	✓																

R: Recibe	NOMBRE LEGIBLE ENTREGA	Dam	Dam	Dam	Dam	Dam	Dam	Dam	Dam																			
A: Administra																												
F: Lo que llega de farmacia																												
D: Devolutivos	NOMBRE LEGIBLE RECIBE	Dam	Dam	Dam	Dam	Dam	Dam	Dam	Dam																			
E: Entrega																												
V: verificacion																												

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719328/51 A os/Masculino
Tel 3747428/RYDA B NORTE NO 10 - 98
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Preferen ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 858 T
5544388

ENTREGA DE TURNO DE MEDICAMENTOS

Página 1/1
Código
Versión N° 2
Fecha de Actualización

Dx: Descompresion de Canal Raquideo
Plan de LEV.
Fecha de Equipos:
Fecha de venopunción:
Alergias:
Medico Tratante.

MEDICAMENTO	Dosis y Horario		13-02-24 M	13-02-24 T	13-02-24 N	14-02-24 M	14-02-24 T	14-02-24 N	15-02-24 M	15-02-24 T	15-02-24 N	dd/mm/aa M	dd/mm/aa T	dd/mm/aa N	dd/mm/aa M	dd/mm/aa T	dd/mm/aa N	dd/mm/aa M	dd/mm/aa T	dd/mm/aa N	dd/mm/aa M	dd/mm/aa T	dd/mm/aa N	dd/mm/aa M	dd/mm/aa T	dd/mm/aa N	dd/mm/aa M	dd/mm/aa T	dd/mm/aa N
Ranitidina f.-	DOSIS 6 – 12 18 – 24.	R	2	4	3	2	3	3	2	1																				
	HORARIO 1 tab.	A	1	1	2	1	1	2	1																					
		F	3	0	0	0	0	0	0																					
		D	0	0	0	0	0	0	0																					
		E	4	3	1	3	2	1	2																					
		V	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK																					
peg.	DOSIS 1	R	1	1	1	1	1	1	1	1																				
		A	0	0	0	0	0	0	0																					
		F	0	0	0	0	0	0	0																					
	HORARIO 1	D	0	0	0	0	0	0	0																					
		E	1	1	1	1	1	1	1																					
		V	-	-	-	✓	✓	✓	-																					
	DOSIS	R																												
		A																												
		F																												
	HORARIO	D																												
		E																												
		V																												
	DOSIS	R																												
		A																												
		F																												
	HORARIO	D																												
		E																												
		V																												
	DOSIS	R																												
		A																												
		F																												
	HORARIO	D																												
		E																												
		V																												

R: Recibe A. Administra F: Lo que llega de farmacia D: Devolutivos E Entrega. V. verificacion	NOMBRE LEGIBLE ENTREGA																													
	NOMBRE LEGIBLE RECIBE																													

STICKER PACIENTE	ENTREGA DE TURNO DE MEDICAMENTOS	Página 1/1 Código Versión N° 2 Fecha de Actualización
	Dx:	
	Plan de LEV:	
	Fecha de Equipos:	Fecha de venopunción:
	Alergias:	Medico Tratante:

MEDICAMENTO	Dosis y Horario		dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
	DOSIS	R																													
		A																													
		F																													
	HORARIO	D																													
		E																													
		V																													
	DOSIS	R																													
		A																													
		F																													
	HORARIO	D																													
		E																													
		V																													
	DOSIS	R																													
		A																													
		F																													
	HORARIO	D																													
		E																													
		V																													
	DOSIS	R																													
		A																													
		F																													
	HORARIO	D																													
		E																													
		V																													
	DOSIS	R																													
		A																													
		F																													
	HORARIO	D																													
		E																													
		V																													

R: Recibe A. Administra F. Lo que llega de farmacia	NOMBRE LEGIBLE ENTREGA																														
D: Devolutivos E: Entrega V: verificacion	NOMBRE LEGIBLE RECIBE																														

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

INFORMACION GENERAL

Durante su ingreso al **CENTRO MEDICO IMBANACO** puede ser necesaria la transfusión de sangre y otros hemoderivados, como plasma, plaquetas y crioprecipitado, bien porque se precise durante una intervención quirúrgica. O bien porque tenga una enfermedad en la que se necesiten transfusiones. Cuando su médico ha decidido ponerle sangre u otro producto sanguíneo es porque ha sopesado el beneficio de hacerlo frente a los riesgos que conlleva la transfusión, considerando, en este caso, que si no se pusiera la sangre, los problemas que podrían sucederle son muy superiores a los riesgos que en teoría pueden aparecer con la transfusión. No obstante, usted como paciente, tiene derecho a conocer estos riesgos y a decidir por sí mismo si acepta ponerse sangre o no, o si hay alguna otra alternativa.

EN QUE CONSISTE LA TRANSFUSIÓN SANGUINEA

La transfusión sanguínea consiste en la administración de sangre humana o alguno de sus componentes como plasma o plaquetas, a los pacientes que lo precisen. Se administra a través de una vena como si fuera suero.

RIESGOS DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Algunos riesgos asociados a las transfusiones son:
• **Reacciones alérgicas:** Son con frecuencia leves y se tratan fácilmente

• **Fiebre:** Normalmente se presenta en pacientes que han recibido transfusiones previamente o que han estado embarazadas alguna vez.

• **Reacciones hemolíticas:** Estas reacciones destruyen los glóbulos rojos transfundidos. Estas reacciones son raras pero pueden ser graves y ocasionar hemorragia e insuficiencia renal.

• **Infección:** La sangre y sus derivados proceden de personas que gozan de buena salud, son personas que por donar no reciben compensación económica alguna. Todos los donantes son seleccionados con criterio médico y la sangre se estudia cuidadosamente con los análisis que exigen las leyes. Cualquier unidad de sangre o hemoderivado que vaya usted a recibir habrá sido analizado para el SIDA (Anticuerpos anti-HIV) para la hepatitis (hepatitis B/C), para la sífilis. Pero es imposible eliminar por completo el riesgo de enfermedades contagiosas contenidas en la sangre donada.

• **Antes de la transfusión, el CENTRO MEDICO IMBANACO** analizará la sangre donada para asegurarse de que sea compatible con su grupo sanguíneo. Esto evitará el riesgo de reacción inmediata de destrucción de glóbulos rojos transfundidos. Sin embargo, no hay forma de analizar la sangre del donante para detectar sustancias que puedan causar alergias en ciertos pacientes. Ningún procedimiento invasivo esta absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

¿Cuáles son los riesgos de no recibir una transfusión? Si usted no tiene suficientes glóbulos rojos, es posible que algunas partes de su cuerpo no reciban oxigeno suficiente. La falta de oxigeno necesaria podría dañar permanentemente los órganos vitales como el corazón o el cerebro. Puede ser necesaria una transfusión para evitar dicho daño. Su medico recomendara una transfusión si es necesario.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios médicos y técnicos están disponibles para dar atención.

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/51 Años/Masculino
Tel 3747428/AVDA 8 NORTE NO 10 - 58
Serv Cirugia
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Programa ORO
NroEstudio 0
Ubi SP SALADS
5529142

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

CONSENTIMIENTO PARA LA TRANSFUSION SANGUINEA

NOMBRE DEL PACIENTE: Jan Carlo Zapparata Valencia

1. El medico me ha informado sobre la necesidad de recibir una transfusión sanguínea como parte de mi tratamiento con el propósito de mejorar mi estado de salud.
2. Mi medico me ha descrito los riesgos y beneficios de recibir este tratamiento a pesar de que la sangre fue seleccionada de personas que no reciben ninguna compensación y ha sido cuidadosamente examinada encontrándola adecuada.
3. También me han explicado alternativas a la transfusión, los riegos y consecuencias de no recibirla.
4. He comprendido el significado del procedimiento, de los riesgos y beneficios y en forma libre y consciente doy **MI CONSENTIMIENTO PARA RECIBIRLA.**

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL		MEDICO	FECHA Y HORA
16719326			
CC No.	De:	Reg. No.	
CC No.	De:	Reg.No.	
CC No.	De:	Reg. No.	
CC No.	De:	Reg.No.	

DENEGACION

Después de ser informado (a) de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre y consciente mi negación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Fecha:_____

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	MEDICO
FIRMA CC. No.	FIRMA Registro No.
Testigo No.1 NOMBRE:	Testigo No. 2 NOMBRE:
FIRMA CC. No. De	FIRMA CC. No. De

Centro Médico Imbanaco

PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

PLAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 18719326 /51 A 0s/Masculino
Tel 3747428/AVDA @ NORTE NO 10 - 88
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Progreso ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 559 T
5544388

Fecha de ingreso del paciente a Hospitalización: 15 02 17

Nombre completo del Paciente Jan Carlo Zapparrata Valencia

Numero de Identificación 18719 326 Edad 32A. Peso ____ Kg Talla: ____ cm

Diagnostico Exploracion ⊕ Descompresion de Canal Raq Antecedentes: HTA - DM - de Novo
Osteotomia vertebral ⊕ Artrodesis

Medico Tratante Dr Gerardo Caras Especialidad Cx Columna Habitación 559

Entidad Coomeva MP Enfermera Jefe que abre y/o revisa el Kardex Angelica L. Página [X] [2] [3]

FECHA INICIO	INFUSIONES ENDOVENOSAS	cc/hora	FECHA DE SUSPENSIÓN
14-02-17	Hartman	120	

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
14-02-17	Hidromorfona ⊗ 2mg	0,8mg (4cc)	C/4hrs	EV	4-8-12 16-20-24	16 02 17
14-02-17	Lyrica ⊗ 75 mg	75mg	C/12hrs	oral	12-24	
14-02-17	Dynastat ⊗ 40mg	40mg	C/24hrs	EV	18	16 02 17
14-02-17	Esomeprazol ⊗ 40mg	40mg	C/24hrs	EV	6	
14-02-17	Bryterol ⊗ 4mg	4mg	C/8hrs	EV	6-14-22	
14-02-17	Alprazolam ⊗ 0,5mg	0,5mg	C/ Noche	oral	22	
14-02-17	Ketorolaco ⊗ 30 mg	30mg	C/8hr	EV	si persiste el dolor con Medicamentos Anteriores	
15-02-17	Hyderax x 25mg	25mg	C/12hr	oral	18-06	
15 02 17	Polex x500mg	1gr	C/8h.	W	14-22-06	16 02 17
15 02 17	Profenid x100mg	100mg	C/12h.	EV	20 - 12.	
16-02-17	Peg ⊗ 160g	17g	C/24h	oral	20 suspender si Diarrea	
16-02-17	Oxyrapid ⊗ 10mg	2mg	Si DOLOR No control.	EV	Rescate	
16-02-17	Winadeine F ⊗ 325mg/30mg	1 Tab	C/6hr	oral	8-12-18-24	
16-02-17	Lyrica ⊗ 75mg	75mg	C/24	oral	8	
16-02-17	Lyrica ⊗ 75mg	150mg	C/24	oral	20	

Diprona Micropore

CONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
15 02 17	Enalapril ⊗ 5mg	5mg	C/12	oral	7-19	
15-02-17	Glibenclamida ⊗ 5mg	5mg	C/12	oral	7-19	
15-02-17	Metformina ⊗ 850mg	850mg	C/24	oral	12 almuerzo	
15 02 17	Zopiclona ⊗ 7,5mg	15mg	C/Noch	oral	20	

DIETA: Completa

Alergias alimenticias:

Observaciones de Dietas: Hipoglucida. Hiposodica Alta en fibra Fiola Para Refrigerio.

CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Hay plan de cuidados de enfermería relacionado con el diagnóstico SI ☐ NO ☐

Nombre del plan: _____

Registre aquí los cuidados de enfermería a realizar, si no hay un plan predeterminado:

Control de SV C/6hr

Vigilar Dolor

Vigilar Herida QX

Terapia Física 2v/día Estimular deambulación

Terapia respiratoria 1/día

Riesgos Identificados (SI / NO): Alergias ___ Caídas X UPP___ Aislamiento___ OTRO:_____

DISPOSITIVOS INVASIVOS

CATETERES CENTRALES, EPIDURALES Y OTROS

Tipo de Catéter	Fecha de inserción	Fecha de curación	Fecha de cambio de equipo	Fecha de Retiro
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa

VENOPUNCIONES PERIFERICAS

Fecha de inserción	Fecha de cambio de venopunción	Fecha de cambio de Equipo	Flebitis
14-02-17	dd/mm/aa	dd/mm/aa	SI ☐ NO ☐
dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	
dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	

DRENAJES, SONDAS Y OSTOMIAS

Tipo de drenaje y/o sonda	Fecha de inserción	Cuidado especial
	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	

ESQUEMA DE INSULINA

RESERVA DE HEMODERIVADOS (Cantidad y Fecha de Reserva)

GLOBULOS ROJOS:
FECHA:

PLAQUETAS:
FECHA:

PLASMA:
FECHA:

CRIOPRECIPITADO:
FECHA:

OTROS.
FECHA:

EXAMENES DIAGÓSTICOS PENDIENTES POR REALIZAR

RX:

RMN:

ESCAN:

OTROS:

LABORATORIOS POR TOMAR Y RESULTADOS ALARMA

PT lab (15-02-A)
Leucos 16.68
Hb 15.1

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PENDIENTES Y OTROS

Procedimiento	Fecha	Hora	Lugar	Autoriz.	Consen Inform.
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

INTERCONSULTAS PENDIENTES

Fecha de solicitud	Especialidad	Nombre del médico	Valoró
15-02-17	Clínica del dolor	Dr Serrano	SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐

OTROS:

Avisar Cambios a Dr Dario Fuentes Cel. 3017054510

Centro Médico Imbanaco
Grupo Quirón Salud

PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

PLAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/51 A os/Masculino
Tel 3747420/AVDA 8 NORTE NO 10 - 98
5544388
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Preprepa ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 559 T

Fecha de ingreso del paciente a Hospitalización 15 02 2017
Nombre completo del Paciente Jan Carlo Zapparrata Valencia
Numero de Identificación CC# 16719326 Edad 51 Peso ____ Kg Talla ____ cm
Dragnostico Descompresión Coral Fugoide Antecedentes: HTA - DM
Medico Tratante Dr Gerardo Cano Especialidad Neuro cx Habitación 559
Entidad CMP Enfermera Jefe que abre y/o revisa el Kardex Angie Solo Página 1 2 3

FECHA INICIO	INFUSIONES ENDOVENOSAS	cc/hora	FECHA DE SUSPENSIÓN
14/02	' ' . TH		

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
14/02/17	Esomeprazol x 40mg	40mg	c/24hr	EV	06	
14/02/17	Bryleta x 4mg	4mg	c/8hr	EV	06-14-22	
14/02/17	Alprazolam x 0.5mg	0.5mg	c/24hr	VO	22	
15/02/17	Hiderax x 25mg	25mg	c/12hr	VO	06-18	
15/02/17	Profenid x 100mg	100mg	c/12hr	EV	12-24	
16/02/17	Peg x 160g	17g	c/24hr	VO	20 (Susp 5d diarrea)	
16/02/17	Oxigrapid x 10mg	2mg	Pesaate	EV	Pesaate 5d diabetes no controlados	
16/02/17	Winadeire F x 325mg/30mg	1 tb	c/6hr	VO	06-12-18 24	
16/02/17	Lyrica x 75mg	75mg	c/24hr	VO	08	
16/02/17	Lyrica x 75mg	150mg	c/24hr	VO	20	
17/02/17	Biscacodilo x 5mg	5mg	c/24hr	VO	20 (suspender si diarrea)	
18/02/17	Glucometrias		Profandid	cuy	6-11-17-22	

CONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
15/02/17	Enalapril x 5mg	5mg	c/12hr	VO	07-19	
15/02/17	Glibenclamida x 5mg	5mg	c/12hr	VO	07-19	
15/02/17	Metformina x 850mg	850mg	c/24hr	VO	12	
15/02/17	Zopiclona x 7.5mg	15mg	c/24hr	VO	20	

DIETA:
Completa

Alergias alimenticias:

Observaciones de Dietas:
Hipossodica - Hipoglucida Alta en fibra (Fruta en Refrigerio)

CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Hay plan de cuidados de enfermería relacionado con el diagnóstico SI ☐ NO ☐

Nombre del plan: _____

Registre aquí los cuidados de enfermería a realizar, si no hay un plan predeterminado:

CSV

Cabecera 30°

Cuidados Herida Qx

TF 2 l/hr

TR 1 l/día

Riesgos Identificados (SI / NO): Alergias ___ Caídas___ UPP___ Aislamiento____OTRO:_____

DISPOSITIVOS INVASIVOS

CATETERES CENTRALES, EPIDURALES Y OTROS

Tipo de Catéter	Fecha de inserción	Fecha de curación	Fecha de cambio de equipo	Fecha de Retiro
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa

VENOPUNCIONES PERIFERICAS

Fecha de inserción	Fecha de cambio de venopunción	Fecha de cambio de Equipo	Flebitis
dd/mm/aa	dd/mm/aa		SI☐ NO☐
dd/mm/aa	dd/mm/aa		
dd/mm/aa	dd/mm/aa		

DRENAJES, SONDAS Y OSTOMIAS

Tipo de drenaje y/o sonda	Fecha de inserción	Cuidado especial
	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	

ESQUEMA DE INSULINA

RESERVA DE HEMODERIVADOS (Cantidad y Fecha de Reserva)

GLOBULOS ROJOS:
FECHA:

PLAQUETAS:
FECHA:

PLASMA:
FECHA:

CRIOPRECIPITADO:
FECHA:

OTROS:
FECHA:

EXAMENES DIAGÓSTICOS PENDIENTES POR REALIZAR

RX:

RMN:

ESCAN.

OTROS:

LABORATORIOS POR TOMAR Y RESULTADOS ALARMA

15/02 Hb 15.1
Neut 86%
leucos 16.6

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PENDIENTES Y OTROS

Procedimiento	Fecha	Hora	Lugar	Autoriz.	Consen Inform.
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

INTERCONSULTAS PENDIENTES

Fecha de solicitud	Especialidad	Nombre del médico	Valoró
			SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐

OTROS:

Avisar Combos a Dr Fuentes cel 3017034510

Pedido Cancun mutual # 1525536

Centro Médico Imbanaco Vocación de Servicio	IDENTIFICACION DE RIESGO DE APARICION DE ZONAS DE PRESION Y APLICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN CIRUGIA	Página:
		Código:
		Versión:
		Fecha:

OBJETIVO. Estandarizar medidas para la valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión en pacientes quirurgicos.

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719126/51 Años/Masculino
Tel.3747428/AVDA 6 NORTE NO 18 - 98
Serv-Cirugia
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Programa ORO
NroEstudio 0
Ubi-SP SALAOS
5529142

NOMBRE DEL PACIENTE Jan Carlos Zapparrata.	PROCEDENCIA: PRE-QX
FECHA DEL PROCEDIMIENTO: DIA 14 MES 02 AÑO 2017	HORA: 14:00 AM__ PM X

No.	CRITERIOS		
	Identificacion del riesgo		
	Prequirurgico		
1	1 Indage sobre alteraciones en el estado de la piel (piel delgada, fragilidad capilar, lesiones, laceraciones, equimosis, ulcera, heridas, abcesos)		
	2 Alteracion al estado de conciencia (Comatoso/estuporoso/letárgico)		
	3 Alteración de la actividad y/o movilidad (inmovilidad o movilidad reducida)		
	4 Presencia de comorbilidades en el paciente ([redacted] mellitus, [redacted] patologia respiratoria, patologia vascular, patologia neurológica,enfermeda cardiaca, obesidad, desnutricion)	✓	
	5 Presencia de humedad (incontinencia urinaria y/o fecal, heridas,estomas, sondas, tubos o drenes)		
	6 Cirugia de mas de 3 horas		
	7 Cirugias de alta complejidad	✓	
	Nombre personal de enfermeria de prequirurgica que evalua el criterio Liz Adriana Saldarriaga.		

Un solo item que aplique disparara la alerta a EXCEPCION del item # 4 que se dispara la alerta solo si hay otro de los items que aplique.

Aplica para activacion de alerta pacientes con riesgo de zonas de presion: SI X NO_____

	Preparacion de paciente		
2	Colocar al paciente el sticker azul en el brazalete de identificacion	✓	
	Paciente en la historia clinica virtual ya tiene activada la alerta de pacientes con riesgo de zonas de presion		✓
	Revisar estado de piel (piel delgada, fragilidad capilar, lesiones, laceraciones, equimosis, ulcera, heridas, abcesos)	✓	
	Realizar valoración del estado de la piel en las zonas de riesgo área occipital, escapular, sacra, trocantes, talones, identificando posibles zonas de presión, ulceras, flictenas y/o laceración Dejar registro en la historia clínica de esta evaluación	✓	
	Paciente requiere kit de proteccion si ✓ no_____	✓	
	Nombre personal de enfermeria de preparacion de paciente que evalua el criterio Fanny Mon		
	Paciente en quirofano		
3	Posicionar el cuerpo, si es posible, durante la intervención	✓	✓
	Evitar las fuerzas de fricción /cizalla	✓	
	Utilizar para la cirugia superficies de alivio de presion de piel como almohadas, superficies de gel, uso de sobrecolchon en mesa quirurgica, protecciones en sitios de riesgo relacionados a posición quirurgica	✓	
	Realizar examen fisico al paciente antes del traslado del quirofano si la UCPA a uci o a hospitalizacion en caso de encontrar hallazgos registrar en observaciones y en la historia clinica virtual	✓	
	Nombre personal de enfermeria de quirofanos de paciente que evalua el criterio Alba Nelly Cardenas.		
	Recuperacion del paciente (UCPA)		
4	Identificar si el paciente tiene el sticker azul en la manilla de identificacion	✓	
	Verificar estado de piel, sitios de fijacion de drenes (de acuerdo al instructivo para prevenir lesiones de piel asociados al uso de cintas adhesivas), apósitos protectores de heridas quirúrgicas	✓	
	Mantener la ropa de cama del paciente limpia, seca y sin arrugas Utilizar sabana de movimiento de acuerdo a la necesidad	✓	
	Realizar examen fisico al paciente antes del traslado de la UCPA a uci o a hospitalizacion o egreso de la institucion en caso de encontrar hallazgos registrar en observaciones y en la historia clinica SIAM	✓	✓
	Nombre personal de enfermeria de Recuperacion de paciente que evalua el criterio Amanda M. Cossio.		

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA LA FICHA.	FIRMA:

OBSERVACIONES. _____

Registrar en el sistema y reportar al jefe de cirugia los hallazgos encontrados en el paciente.

Centro Médico Imbanaco
Atención de Servicio

LISTA DE CHEQUEO PARA EL INGRESO DE PACIENTES AL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Página: 1/2	
Código: R-HOSP-0014	
Edicion No.: 2	
Fecha de Creación: Octubre 2012	

Objetivo: Validar las condiciones de ingreso del paciente mediante la aplicación del cumplimiento de prácticas clínicas seguras en su atención hospitalaria y asegurar la educación al paciente y su familia.

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326 /61 A os/Masculino
Tel 3747428/AVDA B NORTE NO 10 - 98
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Progrene ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 559 T
5544388

FECHA: Feb 15/2017 HORA: 00.h HAB.: 559

No	ITEMS DE VERIFICACIÓN EN EL RECIBO DEL PACIENTE	SI	NO	N/A
1	Recibo paciente correcto en la habitación asignada	✓		
2	Paciente tiene brazalete con datos de identificación correctos (Nombres y apellidos y # identific.)	✓		
3	Paciente tiene sticker lila que identifica riesgo de caída.	✓		
4	Paciente tiene sticker naranja que identifica alergias.	✓		
5	Paciente tiene hoja de transferencia con identificadores correctos.	✓		
6	Paciente con signos vitales estables al ingreso a su hospitalización.	✓		
8	Paciente con órdenes médicas de hospitalización registradas en la historia clínica.	✓		
9	Paciente con consentimiento informado firmado correctamente diligenciado	✓		
10	Cuando el paciente toma medicamentos en casa, se deja registrado en Kardex la conciliación medicamentosa que el medico autorice.	✓		
11	Paciente con punción venosa permeable.	✓		
12	Paciente presenta signos de flebitis en la punción venosa		✓	
13	Paciente presenta piel integra	✓		
14	Si ingresa materna con recién nacido, reviso en el Recién Nacido: Actividad, color de piel, estado del ombligo y estado del pañal.			✓

No	EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA	SI	NO	N/A
1	Se realiza inventario de la habitación y se explica al paciente y familiares el uso del llamado de enfermería, teléfono, TV, cama hospitalaria, aire acondicionado y control remoto.	✓		
2	Se brindó **educación** sobre: a) **SIEMPRE** El uso de la manilla de identificación durante la estancia hospitalaria del paciente. b) El personal debe realizarse **SIEMPRE** Higiene de manos antes de la atención del paciente. c) El cumplimiento de los Derechos y deberes del paciente y se entrega folleto educativo. d) Se informa sobre el Plan de Evacuación y emergencias y se entrega folleto educativo. e) Clasificación correcta de residuos (Recipiente: Gris-rojo-verde) y se entrega folleto educativo. f) Sistema para dejar una queja y/o sugerencia de la atención. g) Se informa al paciente sobre la revisión de la Guía Hospitalaria y el uso durante su estancia. h) Se deja registro en la nota de enfermería sobre la información y educación realizada.	✓		✓
3	Entrega de folleto y sensibilización sobre cuidados de la madre en el postquirúrgico			✓
4	Entrega de folleto y sensibilización sobre lactancia materna			✓
5	Entrega de folleto y sensibilización sobre cuidados del RN			✓
6	Se informa a la paciente y sus familiares, que cuando se requiere llevar al RN a algún procedimiento por fuera de la habitación **siempre debe ir acompañado de un familiar.**			✓
7	Realizo entrega de llaves del cajón de seguridad de la habitación, dando las indicaciones correspondientes de su uso.	✓		

Yo, Sil. Jancarlo Zapparrata V identificado con la cédula de ciudadanía 16.719326, autorizo al equipo de salud del Centro Médico Imbanaco a brindar información sobre mi estado clínico a Silvana Zapparrata V, parentesco hna y a Stella Gomez parentesco Amiga

Números telefónicos 3212763349

Firma del Paciente y/o familiar responsable: Silvana Zapparrata V

Nombre del personal de enfermería que recibe el paciente: Natalia Mafra S

559

Centro Médico Imbanaco Vocación de Servicio	LISTA DE CHEQUEO PARA EL EGRESO DE PACIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION	Página 2/2
		Código R-HOSP-0014
		Edición No. 2
		Fecha de Creación Octubre 2012

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA /51 A os/Masculino
CC 16718328
Tel 3747428/AVDA 8 NORTE NO 10 - 86
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Programa ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 559 T
5544388

CON LOS

FECHA: 19/02/17 HAB: 559

No	ACTIVIDADES AL EGRESO	SI	NO	N/A
1	Reviso orden de salida, Formula médica e incapacidad firmada por el médico tratante, así como diligenciamiento de la encuesta de satisfacción al usuario.	✓		
2	Explico a pacientes y/o acompañante tramites de egreso.	✓		
3	Entrego ayudas diagnósticas y autorizaciones que se requieren para el egreso dejando evidencia de recibido.	✓		
4	Entrego formula médica con la correspondiente explicación de la administración de medicamentos en casa a paciente y/o acompañante dejando evidencia con firma de recibido.	✓		
5	Brindo educación a paciente y/o acompañante sobre, cuidados en casa, alimentación, signos de alarma, dejando evidencia en H.C enfermería (nota de educación).	✓		
6	Brindo educación a paciente y/o acompañante sobre cuidados y manejo de sondas, ostomias, heridas, catéter central, dejando evidencia en H.C la nota de educación por el personal a cargo (Terapia Enterostomal y/o Enfermería).	✓		
7	Realizo retiro de catéter venoso periférico, tapón heparinizado, sondas, según orden médica.	✓		
8	Recibo inventario de habitación, verifico que no queden pertenencias del paciente, solicito firma de recibo de habitación con nombre legible y fecha.	✓		
9	Realizo nota de enfermería de egreso en H.C Sistematizada, indicando estado clínico del paciente al salir del servicio.	✓		
10	Verifico entrega de llave de cajón de seguridad.	✓		

OBSERVACIONES:

Paciente Egresa con Hospital en casa. SI ☐ NO ☒

Yo, Silvana Zapparrata V identificado con C.C. numero: 31.375084, recibí formula medica con las explicaciones correspondientes por parte del profesional de Salud.

Firma Silvana Zapparrata V

FIRMA DE PERSONAL DE ENFERMERÍA Jenny Soto E.

Centro Médico Imbanaco Vocación de Servicio	VALORACIÓN RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE Y MEDIDAS PREVENTIVAS	Página: 1/2 Código: R-HOSP-0012 Versión No: 3 Fecha de actualización: 08/10/2014

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE: Feb. 15/2017

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16718326 /51 A os/Masculino
Tel 3747428/AVDA B NORTE NO 10 - 58
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Programa ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 559 T
5544388

Procedimiento:
1. Evaluar los criterios clínicos en el ingreso del paciente y diariamente en el turno de la mañana en el momento de la toma de signos vitales.
2. Aplicar las medidas preventivas diariamente en los pacientes que presenten RIESGO DE CAIDA.

CRITERIOS CLÍNICOS A EVALUAR DIARIAMENTE	1° Día	2° Día	3° Día	4° Día	5° Día	6° Día	7° Día
	APLICA						
Edad: Es un paciente menor de 6 años o mayor de 70 años.	X		X	X			
La marcha: Débil o está alterada y/o necesita ayuda de aparatos ortopédicos para caminar.	X		X	X			
Diagnósticos: Vértigo, patología coronaria, incontinencia urinaria, o sangrado digestivo.	X		X	X			
Cirugías: Postquirúrgico en sus primeras 24 horas.	✓		X	X			
Recibe alguno de los siguientes medicamentos: sedantes, psicotrópicos, antihipertensivos, diuréticos, laxantes, relajantes musculares.	✓		✓	✓	✓		
Alteraciones de la conciencia: agitación, confusión, desorientación, depresión y riesgo suicida y/o crisis convulsivas	X		X	X			

Se consideran pacientes con RIESGO de Caída, aquellos que presentan al menos 1 criterio de los arriba mencionados. AL IDENTIFICAR EL PACIENTE CON RIESGO DE CAIDA COLOCARLE EL STICKER LILA EN LA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN.

APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA	1°Día	2°Día	3°Día	4°Día	5°Día	6°Día	7°Día
SEMANA 1. FECHA:	15	16	17	18	19/02		
1. El paciente tiene colocado el Sticker **LILA** en la manilla de identificación que alerta sobre el riesgo de caída del paciente y se realiza educación al paciente y familia sobre el **significado** del **Sticker LILA.**	✓	✓	✓	✓	✓		
2. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermería cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama (Debe ser con movilización asistida)	✓	✓	✓	✓	✓		
3. Se mantienen las barandas de la cama **SIEMPRE ARRIBA** y se educa al paciente para que no baje las barandas y use el timbre de llamado de enfermería cuando requiera movilizarse	✓	✓	✓	✓	✓		
4. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo.	✓	✓	✓	✓	✓		
5. Acompañar el paciente **SIEMPRE** al baño Si el paciente no lo permite *(por el respeto a sus derechos y a su privacidad)* no dejarlo solo hasta asegurarse de que está bien sujeto a los soportes	✓	✓	✓	✓	✓		
6. Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando necesite levantarse y que solo la auxiliar de enfermería puede bajar las barandas de la cama.	✓	✓	✓	✓	✓		
7. Se informa a la familia que el paciente debe permanecer con un (1) acompañante **PERMANENTEMENTE.**	✓	✓	✓	✓	✓		
8. Se informa al paciente y su familia sobre la importancia del auto cuidado del paciente y seguir las medidas preventivas.	✓	✓	✓	✓	✓		
NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CUIDADOS:	Natalia	Natalia					
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:	Silvana	Silvana	Silvana	Silvana	Silvana		

Centro Médico Imbanaco — Vocación de Servicio	VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE Y MEDIDAS PREVENTIVAS	Página: 2/2 Código: R-HOSP-0012 Versión No: 3 Fecha de actualización: 08/10/2014

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 15715326 /51 A os/Masculino
Tel 3747428/AVDA 8 NORTE NO 10 - 98
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Programa ORO
NroEstudio 0
Ubi.HABITACION 558 T
5544388

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE: _____

Procedimiento:
1. Evaluar los criterios clínicos en el ingreso del paciente y diariamente en el turno de la mañana en el momento de la toma de signos vitales.
2. Aplicar las medidas preventivas diariamente en los pacientes que presenten RIESGO DE CAIDA.

CRITERIOS CLÍNICOS A EVALUAR DIARIAMENTE	8° Día	9° Día	10° Día	11° Día	12° Día	13° Día	14° Día
	APLICA						
Edad: Es un paciente menor de 6 años o mayor de 70 años.							
La marcha: Débil o está alterada y/o necesita ayuda de aparatos ortopédicos para caminar.							
Diagnósticos: Vértigo, patología coronaria, incontinencia urinaria, o sangrado digestivo							
Cirugías: Postquirúrgico en sus primeras 24 horas.							
Recibe alguno de los siguientes medicamentos: sedantes, psicotrópicos, antihipertensivos, diuréticos, laxantes, relajantes musculares.							
Alteraciones de la conciencia: agitación, confusión, desorientación, depresión y riesgo suicida y/o crisis convulsivas.							

Se consideran pacientes con RIESGO de Caída, aquellos que presentan al menos 1 criterio de los arriba mencionados. AL IDENTIFICAR EL PACIENTE CON RIESGO DE CAIDA COLOCARLE EL STICKER LILA EN LA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN.

APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA	8°Día	9°Día	10°Día	11°Día	12°Día	13°Día	14°Día
SEMANA 2. FECHA:							
1. El paciente tiene colocado el Sticker **LILA** en la manilla de identificación que alerta sobre el riesgo de caída del paciente y se realiza educación al paciente y familia sobre el **significado del Sticker LILA.**							
2. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermería cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama (Debe ser con movilización asistida)							
3. Se mantienen las barandas de la cama **SIEMPRE ARRIBA** y se educa al paciente para que no baje las barandas y use el timbre de llamado de enfermería cuando requiera movilizarse							
4. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo							
5. Acompañar el paciente **SIEMPRE** al baño Si el paciente no lo permite *(por el respeto a sus derechos y a su privacidad)* no dejarlo solo hasta asegurarse de que está bien sujeto a los soportes							
6. Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando necesite levantarse y que solo la auxiliar de enfermería puede bajar las barandas de la cama.							
7. Se informa a la familia que el paciente debe permanecer con un (1) acompañante **PERMANENTEMENTE.**							
8. Se informa al paciente y su familia sobre la importancia del auto cuidado del paciente y seguir las medidas preventivas							
NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CUIDADOS:							
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:							

Prevención de caídas en el paciente hospitalizado

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719328 /25 A os/Masculino
Tel 3247428/AYDA 8 NORTE NO 10 - 86
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Programa ORO
NroEstudio 8
Uni HABITACION 859 T
5544388

Página: 1/1 - Código: R-HOSP-0031 - Versión No. 1 - Fecha de creación: 11/02/2013

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Tenga en cuenta que se requiere la colaboración de la persona que acompaña al paciente para prevenir la caída.

¿Cómo puedo saber si mi familiar presenta ALTO riesgo de sufrir una caída?

*El **Centro Medico Imbanaco** ha identificado criterios clínicos y propios del paciente que nos indican si su paciente puede tener ALTO riesgo de presentar una caída en su proceso de atención.*

Estos criterios son validados al ingreso y estancia a a día a día de su paciente para identificar si uno de los criterios aplica y se deben instaurar medidas preventivas específicas para prevenir que su paciente presente una caída.

Algunos criterios clínicos y propios del paciente con ALTO riesgo de caída:

- *La edad del paciente (Paciente menor de 6 años o mayor de 70 años).*
- *La ubicación de aparatos ortopédicos para caminar (caminador, bastón, otros).*
- *Diagnóstico de vértigo, patología coronaria, sangrado de la vía digestiva, patologías en miembros inferiores.*
- *Postquirúrgico en sus primeras 24 horas.*
- *Medicamentos que interfieran con la estabilidad en la marcha del paciente.*
- *Problemas neurológicos o estado de conciencia alterado.*

El personal de enfermería evalúa si alguno de los criterios clínicos están presentes en su paciente y se establecen las siguientes medidas preventivas para prevenir que su paciente presente una caída.

Lea estas recomendaciones, verifique la claridad de su contenido y pregunte al personal de enfermería si tiene alguna duda.

1. *Su paciente tendrá en la manilla de identificación un **sticker lila** como alerta que identifica que presenta ALTO riesgo de caída.*



2. *El paciente debe permanecer con un (1) acompañante durante su hospitalización.*



3. *Se deben mantener las barandas de la cama o camilla siempre arriba, mientras el paciente este acostado.*



4. *Mantener la altura de la cama o camilla en el nivel más bajo.*



5. *Se colocan los artículos personales y lo que requiera el paciente al alcance de su mano.*



6. *Acompañarlo siempre al baño o se le debe facilitar para realizar las necesidades fisiológicas en la cama o camilla.*



7. *Use el timbre de llamado de enfermería ubicado en la cama, camilla o en el baño cuando necesite asistencia del personal de enfermería.*



8. *Solo el personal de enfermería puede bajar las barandas de la cama o camilla.*



9. *La **Seguridad del Paciente** requiere del compromiso del paciente y su familia en el cumplimiento de estas recomendaciones.*

Registro de familiares y acompañantes que leen y entienden las recomendaciones emitidas en este formato

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

El acompañante debe firmar este formato al momento del ingreso del paciente al servicio de hospitalización y cada vez que cambie el acompañante.

	Nombre del acompañante del paciente	Firma	Fecha y Hora
DÍA 1	Silvana Zapparrata U.	Silvana Zapparrata U.	Feb. 15/2017
DÍA 2	Silvana Zapparrata U.	Silvana Zapparrata U	Feb 16/2017
DÍA 3	Silvana Zapparrata U	Silvana Zapparrata U.	17/02/17
DÍA 4	Valentina Acosta Z.	Zapparrata.	18/02/17
DÍA 5	Silvana Zapparrata U	Silvana Zapparrata U.	19/02/17
DÍA 6			
DÍA 7			
DÍA 8			
DÍA 9			
DÍA 10			

NOTA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA: *Las instrucciones presentadas en este formato deben ser informadas al familiar y/o acompañante del paciente, verificar que son entendidas y debe firmar el familiar y/o acompañante en cada uno de los días de la hospitalización del paciente en el turno de la mañana, tarde y noche.*

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS / PROCEDIMIENTOS / TRATAMINETOS MEDICOS

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326 /51 Años/Masculin
Tel 3747428/AVDA 8 NORTE NO. 10 - 98
Serv:Anglo
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:32705
Ubi:
5589842

Fecha:
Nombre Del Paciente:
Edad:
Entidad:

Yo,(X) Jancarlo Zapparrata Valencia

Identificado con la CC: X, CE: ___, PA ___. No. (X) 16719326 expedida en(X) Cali

Obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique el siguiente procedimiento y/o tratamiento médico e igualmente acepto la toma de muestras y práctica de biopsias si fuere del caso, aplicación de medios de contraste, medicamentos y sesiones terapéuticas con la tecnología especificada. .

Bloqueo Femoral

Así como cualquier otra intervención o re intervención, advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica o posteriormente o durante la atención/tratamiento, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

1) He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndoseme que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención/ procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirurgica/clínica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón esta por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento medico.

2) El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como medicos hospitalarios, profesionales interconsultados, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervencion se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atencion del caso cuya participación sea conveniente o necesaria

3) He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso la aceptación o escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo

4) Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnostica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento especifico, éste se diligenciará por separado

5) Acepto la realización de los procedimientos de transfusiones sanguineas o de componentes de la sangre (Hemoderivados) que llegaren a ser necesarias durante la intervención o en desarrollo de su evolución posterior, para lo cual se procederá a tramitar el consentimiento especifico de ley, e igualmente acepto la toma de muestras y practica de biopsias si fuere del caso, antes, durante o después de la intervención principal cuya práctica he consentido, y/o durante el procedimiento y/o hospitalización

6) He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardios que llegaren a surgir sino se realiza la intervencion principal programada/procedimiento/tratamiento médico.

7) He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervencion y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya practica he aceptado, incluido el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse.

8) Se me ha explicado que la intervención y/o procedimiento(s) cuya practica he aceptado comportan la afectación necesaria de las estructuras anatómicas que corresponden al campo operatorio propio de aquella o estos de acuerdo con las condiciones clínico patológicas que identifican el caso y se me ha advertido que pueden llegar a presentarse alergias medicamentosas, alteraciones de los factores de la coagulación sanguinea no identificados previamente así como afecciones cardiopulmonares inesperadas o reacciones imprevisibles a los agentes anestésicos.

9) Se me ha informado que, a pesar de la adecuada eleccion de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros órganos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por este a su médico tratante

Se me ha informado y explicado igualmente que: Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales se puede presentar sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles.
En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan características débiles que los hacen friables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir originados en el propio organismo del paciente, o exogenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienizacion, asepsia y antisepsia.

Durante el postoperatorio inmediato o mediato pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperacion estimada para el caso por el medico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatomicas comprometidas con la intervención Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas, dependiendo del organismo de cada individuo.

10) Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a comprometer de forma temporal o permanente mis condiciones de salud y, en casos extremos, mi propia vida

11) Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosintesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un banco de elementos de osteosíntesis o desechado por inservible por parte del CMI. En los casos de retiro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosmeticas estas se destruyen De todo lo anterior se deja constancia.

12) SE ADVIERTEN DE FORMA GENERAL LOS Y ESPECIFICA LOS SIGUIENTES RIESGOS Y COMPLICACIONES FRECUENTES NO EXCLUYENTES DE OTROS IMPREVISIBLES DE FORMA CONCRETA:

Complicaciones del sitio de punción:
Trombosis Arterial Hematoma Sangrado Fistulas Arteriovenosas Pseudo aneurismas Infección. Disección Vascular
Complicaciones Relacionadas Con el Medio de Contraste:
Alergia, Anafilaxia Compromiso de la Función Renal, Choque Anafilactoide, Muerte
Complicaciones Neurológicas:
Accidentes Cerebro Vasculares Isquémico o Hemorrágico.
Complicaciones Cardiológicas:
Sindrome coronario agudo, Arritmias cardiacas leves o potencialmente severas, Disección arterial coronaria o aórtica, Perforación o ruptura vascular, Taponamiento cardiaco.
EN UN PEQUEÑO PORCENTAJE, EL DECESO MISMO

13) Se me han explicado las alternativas de tratamiento: _____

14) Se me han explicado los beneficios del procedimiento indicado por el medico: _____

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del CMI, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2.008 y, las guias de buena prácticas clínicas. Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas. En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____ NO: _____.
2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad. En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____ NO: _____.
3- Autorizo que las fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____ NO: _____.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA QUE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

(X) JAVIER LOPPARTA

C.C. No(X) 16719376 De(X) CALI

Dirección(X) AV 8 NORTE 10-98 AP 1108

Ciudad (X) _____

Testigo _____ C.C.No. _____ De _____

Médico(s). _____

C.C. No. _____ De _____ Reg. Médico _____

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS / PROCEDIMIENTOS / TRATAMIENTOS MÉDICOS

FECHA: 4 Marzo del 2017 NOMBRE DEL PACIENTE: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA HC: CC 16719326
EDAD: 51 Años 4 Meses 10 Días ENTIDAD: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.
NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE DEL C.M.I. Dr. / Dres.: WILLIAM ESCOBAR
ESPECIALISTAS EN: _____

Yo, JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
Identificado con la CC: ___, CE: ___, PA: ___, No. CC 16719326 expedida en _____

Obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito **en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento** para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique el siguiente procedimiento y/o tratamiento médico e igualmente acepto la toma de muestras y práctica de biopsias si fuere del caso, aplicación de medios de contraste, medicamentos y sesiones terapéuticas con la tecnología especificada : _____

_____

Así como cualquier otra intervención o re intervención, advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica, durante o posteriormente la atención/tratamiento, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

1) He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndoseme que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención/ procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirúrgica/clínica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón esta por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico.

2) El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos hospitalarios, profesionales interconsultados, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria.

3) He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso la aceptación o escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo.

4) Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnóstica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento específico, éste se diligenciará por separado.

5) Acepto la realización de los procedimientos de transfusiones sanguíneas o de componentes de la sangre (Hemoderivados) que llegaren a ser necesarias durante la intervención o en desarrollo de su evolución posterior, para lo cual se procederá a tramitar el consentimiento específico de ley, e igualmente acepto la toma de muestras y practica de biopsias si fuere del caso, antes, durante o después de la intervención principal cuya práctica he consentido, y/o durante el procedimiento y/o hospitalización.

6) He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención principal programada/procedimiento/tratamiento médico.

7) He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he aceptado, incluido el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse

8) Se me ha explicado que la intervención y/o procedimiento(s) cuya práctica he aceptado comportan la afectación necesaria de las estructuras anatómicas que corresponden al campo operatorio propio de aquella o estos de acuerdo con las condiciones clínico patológicas que identifican el caso y se me ha advertido que pueden llegar a presentarse alergias medicamentosas, alteraciones de los factores de la coagulación sanguínea no identificados previamente así como afecciones cardiopulmonares inesperadas o reacciones imprevisibles a los agentes anestésicos.

9) Se me ha informado que, a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros órganos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por éste a su médico tratante.

Se me ha informado y explicado igualmente que: Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales se puede presentar sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles.

En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan características débiles que los hacen friables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas. Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir originados en el propio organismo del paciente, o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia.

Durante el postoperatorio inmediato o mediato pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención. Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas, dependiendo del organismo de cada individuo.

10) Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos. Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los

esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a comprometer de forma temporal o permanente mis condiciones de salud y, en casos extremos, mi propia vida

11) Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosíntesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un banco de elementos de osteosíntesis o desechado por inservible por parte del CMI. En los casos de retiro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosméticas estas se destruyen. De todo lo anterior se deja constancia.

12) Queda totalmente convenido que ante cualquier evento de responsabilidad civil contractual que se pueda llegar a presentar durante la prestación de los servicios quirúrgicos y/o procedimientos y/o tratamientos médicos a los que se somete el paciente voluntariamente, se resolverá bajo la legislación colombiana exclusivamente, aún cuando el paciente no sea nacional de la República de Colombia.

13) Se advierten de forma general y especifica los siguientes riesgos y complicaciones frecuentes no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta:

_____

***LOS RELACIONADOS CON TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO PRINCIPAL.**

14) Se me han explicado las alternativas de tratamiento.

_____

15) Se me han explicado los beneficios del procedimiento indicado por el medico:

_____

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del CMI, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2.008, las guías de buena prácticas clínicas y la Ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos. Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas. **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI:** X **NO:** ____.

2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad. **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI:** X **NO:** ____.

3- Autorizo que las fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI:** X **NO:** ____.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA QUE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Nora Ortega

CC: X **CE:** ___, **PA:** ___. **No.** 31297227 **De** Cali

Dirección Cra 10 #a 9-17 **Ciudad** Cali

Testigo: _____ **CC:** ___, **CE:** ___, **PA:** ___. **No.** _____
De _____

Médico(s) _____

C.C. No. _____ **De** _____ **Reg.**

aloración pre-anestésica

Registro de Anestesia Página: 1/1 Código: R-CIR-0013 Versión No. 2 Fecha de creación: abril de 2013

Centro Médico Imbanaco — Vocación de Servicio

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de diligenciamiento: 07/03/17 Fecha de cirugía: 09/03/17 Hora:

Nombres y Apellidos	Sexo F / M	Edad Día(s) / Mes(es) / Año(s)	Ocupación	Entidad
Jan Carlo Zapparrata Valencia	M	51 años		

Diagnóstico: Radiculopatia L5 S1 derecha

Procedimiento: Bloqueo Foraminal Radicular L5 S1 derecho

Cirujano: Dr Gustavo

ANTECEDENTES

QUIRÚRGICOS Hemorragia - Infección: POP reciente de columna lumbar tres procedimientos Descompresión. Microdiscectomia Foraminal izquierda + Artrodesis

ANESTÉSICOS (General, Regional) NVPO - Hipotermia - Dolor incontrolado - Insomnio - Agitación: Radiculopatia L5 S1 bilateral > derecha

MÉDICOS (CV, Respiratorio, Renal, Hematológico, Endocrino, GI, Inmunológico, Neurológico, Psiquiátrico, Neuromuscular, Piel): HTA - DM tipo II asma

Medicamentos: Foraminal L5 S1 bilateral

Alérgicos: Dipirona.

Trasfusionales

Hemorrágicos

Tóxicos - Adicciones

Ginecoobstétricos: FUM:

ANTECEDENTES FAMILIARES: Problemas de anestesia - Alergias - Hemorragias - Hipercoagulación - Anémias - Musculares - Otros

EXAMEN FÍSICO

Apariencia general: DD Enalapril / Hidroclorotiazida / Metformina

Presión arterial mmHg	Sentado / Decúbito	Frecuencia cardíaca Latidos/min	Frecuencia respiratoria Respirac./min	Pulsoximetría %	Temperatura °C	Peso Kg	Talla m	IMC
128/78	Decúbito	72	13	98%	36	90		

Cabeza y cuello:

Lentes de contacto	No / Si	Masas en cuello	Si / No		
Apertura Oral	> 3cm / < 3cm	Mallampati	1 / 2 / 3 / 4		
Dientes Flojos	No / Si	D. Tiromentoniana	> 6.5cm / < 6.5cm		
Protrusión Dental	Si / No	D. Esternomentoniana	> 12cm / < 12cm		
Prótesis	No / Si				

Tórax:

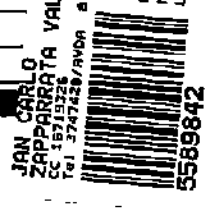
Ruidos cardíacos	Normal / Anormal	Explique
Auscultación pulmonar	Normal / Anormal	Expl

Abdomen: Dolor Epigastrio

Extremidades: Fácil venopunción para líquidos endovenosos - Insuficiencia v

Espalda: Fácil para conductiva

Otros



EXÁMENES

Hb/Hcto		Glicemia		TSH		P de O
Leucocitos		Creatinina		Albúmina		EKG / ECO / Esfuerzo / Catetersmo
Plaquetas		Na+				
TP		K+				Rayos X de tórax
PTT		Cl-				Otros estudios

PLANES

Riesgo: ASA 3 NYHA 1 Glasgow 15/15 Otras

Preoperatorio: Premedicación Ayuno. Profilaxis TVP/TEP. Profilaxis antibiótica (PPS): Hemoderivados: Preparación de colon:

Operatorio: Sedación / A. Local / A. Conductiva / A. General | IOT / INT / LMA / C. Nasal Monitoría PNI SpO2 ECG Compresión neumática

Postoperatorio: Analgesia: Fentanyl Ambulatorio / Hospitalizado / Intermedio / UCI / UCI-Pediátrica / UCI-RN

Interconsultas: Otros:

Nombre del anestesiólogo y firma: Alicia Rodriguez M 10/13/88

Consentimiento para procedimientos anestésicos

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Yo, _____ identificado con documento de identidad; Tipo [1] _____
No, _____, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología del Centro Médico Imbanaco, a realizar en mi o en el (la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica: _____

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el anestesiólogo empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración

Técnica general y sedación: Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión de labios y/o dientes, laringoespasmo, bronco espasmo, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognoscitivas y psicomotoras, sueños o recuerdos intraoperatorios, infarto, tromboembolismo pulmonar, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorespiratorio y muerte.

Técnica conductiva neuroaxial: Hematoma, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, vejiga miogénica o retención urinaria, paro cardiorespiratorio y muerte. Además se me explica el manejo del dolor con analgesia peridural ambulatoria con bombas PCA la cual tiene los mismos riesgos de la técnica conductiva.

Bloqueos Regionales: Neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o esconaciones piel, paro cardiorespiratorio y muerte.

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos impredecibles como reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, productos sanguíneos, y/o elementos de monitoria.

La anestesia será administrada por uno de los anestesiólogos socio o adscrito del Centro Médico Imbanaco, entendiendo también que puede participar más de uno si llega la hora de cambio de turno.

Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos, y gineco-obstetricos, incluyendo la capacidad de estar embarazada, así como las alergias, consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos, y potenciales complicaciones.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE
Firma. Yamileth Ortiz Q.
Documento de identidad. Tipo: No: 38.552.126

TESTIGO
_____ Firma: _____
Nombre. _____
Documento de identidad: Tipo: No:

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente/ tutor comprende(n) completamente lo que he explicado.

MÉDICO ANESTESIÓLOGO

Firma: _____ Fecha de diligenciamiento _____
Sello DD MM AA

1 Tipo: CC: Cédula de ciudadanía; CE: Cédula de extranjería, PA: Pasaporte.

Evaluación previa a la inducción

Fecha: **ASA** **TA** **FC** **FR** **TEMP** **Sat 02:**

Medicamentos _____

1. Responda los cambios de su salud desde la pre-anestesia hasta el día de hoy:

¿Tiene tos o catarro? Si ☐ No ☐ ¿Esta orinando bien? Si ☐ No ☐ Tiene heridas o pus en la piel? Si ☐ No ☐

¿Ha tenido cefalea o mareos? Si ☐ No ☐ ¿Tiene cólicos abdominales o diarrea? Si ☐ No ☐

¿Tiene algo que agregar usted que considere importante, antes de la anestesia? Si ☐ No ☐ Esta usted en ayuno? Si ☐ No ☐

¿Cuánto tiempo de Ayuno? _____ Tiene exámenes solicitados en la pre-anestesia pendientes? Si ☐ No ☐

¿Cuáles? _____

_____
Firma del médico

Registro Anestésico

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Fecha 01 | 03 | 17

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA /51 Años/Masculin
CC 16719326
Tel 3747428/AVDA 8 NORTE NO 10 - 58
Serv:Angio
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 32705
Ubi
5589842

Diagnósticos: Radiculopatia L5 S1 D

Procedimiento: Bloqueo Transforaminal L5 S1 D

Anestesiólogos: Bruno Rodriguez
Cirujano: Bruno
Ayudante:
Instrumentadora: Yasmin Gonzalez
Circulante: Sandra Reyes

OR 3207

SBN - Oscar

Eventos Intraoperatorios

1. Midazolam 2mg
2. Fentanyl 100ug
3. Propofol 40mg
4.
5. Lidocaina 2% 2cc
6. Monarco 0.5% 2cc
7. Dexametasona 4mg
8.
9.
10.
11
12.
13.
14.
15
16

EVENTOS IOP

Técnica Anestésica

- [ ] General Inhalatoria
- [ ] Intravenosa
- [ ] Multimodal
- [ ] Peridural
- [ ] Espinal

Aguja No _____ Catéter _____
Nivel punción _____
Nivel anestésico _____
Bloqueo _____

- [ ] Sedación
- [ ] Laesal controlada

Vía Aérea

- [ ] Cánula
- [ ] Máscara
- [ ] LMA
- [ ] Frastrach
- [ ] Proseal
- [ ] Flexible
- [ ] IOT
- [ ] INT
- [ ] Fibroscopia

Tubo doble luz
- [ ] Derecho
- [ ] Izquierdo
- [ ] Setlok
- [ ] Cormack

No _____

EKG NR
SpO2 98 - 96 - 97
EtCO2
TEMP
BIS
RNM
Diuresis
PVC

Hora 1330 1400 1430

200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 35 30 25 20 15 10 5

VENTILACIÓN
Modo:
FR:
VM:
Pva:
Peep:

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA /51 Años/Masculin
CC 16719326
Tel 3747428/AVDA 8 NORTE NO 10 - 58
Serv:Angio
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 32705
Ubi
5589842

LACT

Eliminados		Administrados	
Diuresis		Lactato Ringer	
Pérdidas Insensibles		Solución salina	
Diuresis		Coloides	
Sangrado		Sangre	
Otros		Glóbulos rojos	
		Otros	
Total		Total	

Trasladado a:
- [ ] Fase I de recuperación Anestésica
- [ ] Fase II de recuperación Anestésica

UCIM UCI UCI-P UCI-RN

Tiempos

Inicio de anestesia	1330
Inicio de cirugía	1400
Fin cirugía	1410
Fin anestesia	1420

Nota entrega anestesiólogo

FIRMA 10/13/18

Traslado de quirófano a la Unidad de Cuidados Postanestésicos

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326 /51 Años/Masculino
Tel:3747428/AVDA 6 NORTE NO 10 - 58
Serv Angio
Ent.COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroAutoriz.32708
Ubi.
5589842

Hora de traslado: 14

Complicaciones Intraoperatorias: Ninguna

INGRESA CON

- [x] Canalización venosa
- [ ] Canalización arterial
- [ ] Hemovac
- [ ] Catéter Peridural
- [ ] Catéter Central
- [ ] Sonda Vesical
- [ ] Tubo Endotraqueal
- [ ] Tubo de Tórax
- [ ] Sonda Nasogástrica Drenaje
- [ ] Otro(s), ¿ Cual(es)? _____

VALORACIÓN DE ACUERDO ANESTESIA RECIBIDA A LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

ESCALA DE ALDRETTE

SPO2	2	Capaz de mantener saturación de Oxígeno >92% en aire ambiente.
	1	Requiere Oxígeno para mantener saturación de Oxígeno mayor a 90%.
	0	Saturación de Oxígeno < a 90% incluso con suplemento de oxígeno.
CIRCULACION	2	TA+-20% del nivel preanestésico.
	1	TA+-20%-49% del nivel preanestésico.
	0	TA+-50% del nivel preanestésico.
RESPIRACION	2	Capaz de respirar profundamente o toser libremente.
	1	Apnea, respiración limitada o taquipnea.
	0	Apneico o con respiración artificial.
MOVIMIENTO	2	Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo órdenes.
	1	Capaz de mover las 2 extremidades voluntariamente o bajo órdenes.
	0	Capaz de mover 1 extremidad voluntariamente o bajo órdenes.
CONCIENCIA	2	Despierto.
	1	Despierta al llamado
	0	Dolor agudo que requiere medicación parenteral
TOTAL		

ESCALA BROMAGUE

0.	No bloqueo motor.
1.	Capacidad de sentarse.
2.	Capacidad de flexionar la rodilla con ausencia de debilidad.
3.	Inhabilidad para levantar la pierna extendida , puede mover la rodilla.
4.	Inhabilidad para flexionar la rodilla, puede mover el pie solamente.
5.	Inhabilidad para flexionar el tobillo, inhabilidad para mover el pie y la rodilla.

ESCALA RAMSAY

Nivel 1	Paciente agitado, ansioso o inquieto.
Nivel 2	Paciente cooperador, orientado y tranquilo.
Nivel 3	Dormido con respuesta a órdenes.
Nivel 4	Dormido con breves respuestas a la luz y el sonido.
Nivel 5	Dormido con respuesta sólo al dolor.

Eventos detalles del traslado

Órdenes médicas por anestesiólogo para la U.C.P.A.

- Control de HTA
- Mala bloqueo MMII
- Nicolaxios - Dinalgen

Hora de alta y de salida UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTESICOS

Firma del médico

Centro Médico Imbanaco	TITULO: Seguimiento Clínico Diario Post Anestesico Unidad de Angiografía	PAGINA 1/2
		CODIGO R IDXAN-0049
		VERSIÓN 001
	TIPO DE DOCUMENTO REGISTRO	FECHA DE VIGENCIA 11/07/2007

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA /51 A os/Masculir
CC 18715126
Tel:3747428/AVDA 8 NORTE NO. 10 - 98
Serv Angio
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan-PROGRAMA ORO
NroEstudio-32705
Ubi-ANGIOGRAFO BIPLA
5589842

FECHA. Marzo/14/12

ALERGIAS STICKER NARANJA

DIAGNOSTICO RAP Bloqueo Fascicular

ANESTESIA: LOCAL | SEDACION | RAQUIDEA | GENERAL

ESCALA DE ALDRETE FASE 1
Escala de valoración Post Anestésica

		Puntaje	HORA Llegada	5 min	15 min	30 min	60 min
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntario o a solicitud	2	2				
	Mueve solo 2 extremidades voluntario o a solicitud	1					
	Incapaz de mover las extremidades voluntario o a solicitud	0					
Respiración	Respira profundamente y tose libremente	2	2				
	Disnea o limitacion de la respiracion	1					
	Apnea	0					
Circulación	Tension Arterial +/- 20% del nivel preanestesico	2	TA: 2	TA	TA:	TA'	TA'
	Tension Arterial entre el 20% - 40 % del nivel preanestesico	1					
	Tension arterial mayor o menor al 50% del nivel preanestesico	0					
Conciencia	Completamente despierto	2	2				
	Despertable al llamado	1					
	No Responde	0					
Saturación	Piel Rosada (satura mayor a 92% sin soporte de O2)	2	2				
	Piel Palida (necesita soporte O2 para saturar mas de 90%)	1					
	Cianotico (Satura menos de 90% con soporte de O2)	0					

Se considera una recuperacion post anestesica exitosa si el puntaje es mayor a 8 y se procede a diligenciar aldrete Fase II para evaluar su condicion al egreso

TIPO DE HERIDA QUIRURGICA O PUNCIÓN:

HORA	T°	EVA - DOLOR	FC	TA	TAM	FR	SaO2	Sistema O2	Fio2	GLASGOW	Liquidos administrados VO			Liq Eliminados Deposicion / Diuresis	EMESIS
Dmn 14:25	-	0	70	131/86	102	16	99	CN	28	15	-				
5mn 14:54	36	0	80	134/89	100	23	100	MA	21	15	-				
5mn															
5mn															
Hora par															
Hora par															
Hora par															
Hora par															
Hora par															
Hora par															

EVA: Escala Visual Análoga para Evaluar Dolor

Centro Médico Imbanaco	TITULO: Seguimiento Clínico Diario Post Anestesico Unidad de Angiografía	PAGINA 2/2 CODIGO: R-IDXAN-0049 VERSIÓN: 001
	TIPO DE DOCUMENTO: REGISTRO	FECHA DE VIGENCIA: 11/02/2002

HORA	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	HORA

ANTES DEL TRASLADO O EGRESO DEL PACIENTE

ESCALA DE ALDRETE FASE 2 Escala de valoración Post Anestésica		HORA Puntaje					
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntario o a solicitud	2					
	Mueve solo 2 extremidades voluntario o a solicitud	1					
	Incapaz de mover las extremidades voluntario o a solicitud	0					
Respiración	Respira profundamente y tose libremente	2					
	Disnea o limitacion de la respiracion	1					
	Apnea	0					
Circulación	Tension Arterial +/- 20% del nivel preanestesico	2	TA:	TA:	TA:	TA:	TA:
	Tension Arterial entre el 20% - 40 % del nivel preanestesico	1					
	Tension arterial mayor o menor al 50% del nivel preanestesico	0					
Conciencia	Completamente despierto	2					
	Despertable al llamado	1					
	No Responde	0					
Saturación	Piel Rosada (satura mayor a 92% sin soporte de O2)	2					
	Piel Palida (necesita soporte O2 para saturar mas de 90%)	1					
	Cianotico (Satura menos de 90% con soporte de O2)	0					
Capacidad de Vestirse*	Se viste Solo	2					
	Se viste con Ayuda	1					
	Es incapaz de vestirse	0					
Control del DOLOR	sin dolor	2					
	Dolor controlado con medicamento via oral	1					
	Dolor agudo que requiere medicacion Parenteral	0					
Deambulacion *	Capaz de levantarse y caminar en linea recta	2					
	Vertigo al estar de pie	1					
	Mareo al ponerse de pie	0					
Ayuno - Alimentación *	Piel Rosada (satura mayor a 92% sin soporte de O2)	2					
	Piel Palida (necesita soporte O2 para saturar mas de 90%)	1					
	Cianotico (Satura menos de 90% con soporte de O2)	0					
Evacuacion de orina	Ha evacuado espontaneamente	2					
	Incapaz de evacuar pero confortable	1					
	Incapaz de evacuar e Inconfortable	0					
PUNTAJE TOTAL							

Se considera paciente apto para egreso domiciliario si el puntaje es mayor a 17

(*) No es criterio para aplicar al trasladar un paciente a hospitalización

Centro Médico Imbanaco — Vocación de Servicio	TITULO: Instrumento para la Proteccion de Pertenencias de los Pacientes que Ingresan al Proceso de Angiografia	PAGINA: 1/1
		CÓDIGO. R-IDXAN-0045
		VERSIÓN 001
	TIPO DE DOCUMENTO: REGISTRO	FECHA DE VIGENCIA: 30/08/2013

UNIDAD DE ANGIOGRAFÍA

JHN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326 /51 Años/Masculino
Tel 3747428/AVDA 8 NORTE NO. 10 - 98
Serv:Angio
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan.PROGRAMA ORO
NroEstudio:32705
Ubi
5589842

ELEMENTOS ESPECIALES QUE DEBEN ENTREGARSE DIRECTAMENTE AL FAMILIAR DURANTE LA PREPARACION						FIRMA DEL FAMILIAR / RECIBIDO DE ELEMENTOS ESPECIALES
PROTESIS DENTAL		AUDIFONOS		BILLETERA / CARTERA		ENTREGAR AL FAMILIAR DE INMEDIATO
ANTEOJOS / LENTES DE CONTACTO		DINERO				

VESTIDO	N°	OTRAS PERTENENCIAS	N°	AYUDAS ORTOPEDICAS	N°	CHEQUEO AL EGRESO
BLUSA O CAMISA		COBIJA / SABANA		BASTON		
PANTALON / FALDA		CINTURON		SILLA DE RUEDAS		
ROPA INTERIOR		PIJAMA		FERULAS		
ABRIGO , SACO, SUETER		CALZADO		MULETAS		
VESTIDO				CAMINADOR		
MEDIAS				OTROS		

HISTORIA CLINICA ANTIGUA						CHEQUEO AL EGRESO
	N°		N°	OTROS		
SOBRES		HOJAS	14 + 2 urs.			Yamileth Muñoz
CARPETAS		LABORATORIOS				

AYUDAS DIAGNOSTICAS DE CARDIOLOGIA						CHEQUEO AL EGRESO
	N°		N°	OTROS		
EKG PERSONAL	2	MIBI				
ECOCARDIOGRAMA TT		PRUEBA DE ESFUERZO		PILA DE MARCAPASO		
ECOCARDIOGRAMA TE		ECO ESTRESS				
CATETERISMO ANTIGUO CD		HOLTER				
CATETERISMO ANTIGUO INFORME		TILT TEST				

AYUDAS DE NEURORRADIOLOGIA						CHEQUEO AL EGRESO
	N°		N°	OTROS		
RAYOS X TORAX	2	ECOGRAFIAS		tomografia 3D2.		
ESCANOGRAFIAS CDS		ANGIOTAC PLACAS				
ESCANOGRAFIAS PLACAS		ANGIOTAC CDS		Rx CD	1	Yamileth Muñoz
ESCANOGRAFIA INFORME		ANGIOTAC INFORMES				
RESONANCIA MAGNETICA CD	1	ANGIO CEREBRAL INFORME				
RESONANACIA PLACAS		ANGIO CEREBRAL CDS				
RESONANACIA INFORME		ANGIO CEREBRAL PLACAS				

FIRMA PERSONA QUIEN RECIBE AL INGRESO

SE ENTREGA LLAVE DE CASILLERO NUMERO ☐

NOMBRE DEL FAMILIAR QUE RECIBE LAS LLAVES DEL CASILLERO _____

NUMERO DE CONTACTO CELULAR: _____

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

TRANSFERENCIA DE PACIENTES

URGENCIAS

No Ingreso:	No. Historia:	Fecha:
7843319	CC-16719326	06/03/2017 10:37:00 a.m.
Ingresa a:		Habitación:
HOSPITALIZACION - SEDE PRINCIPAL		816 N

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Primer Apellido:	Segundo Apellido:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:
ZAPPARRATA	VALENCIA		JAN		CARLO
Tipo y Documento de Identidad: CC-16719326	**Sexo:** Masculino	**Fecha Nacimiento:** 22/10/1965	**Edad:** 51 Años		**Nacionalidad:** COLOMBIA
Dirección de Residencia: AVDA 8 NORTE NO. 10 - 98 APTO 11 08	**Barrio:** GRANADA		**Teléfono Fijo:** 3747428	**Celular:** 3206364453	**Ciudad:** SANTIAGO DE CALI
Correo Electrónico:	zapparrata@hotmail.com				

DATOS RESPONSABLE

Nombre Completo Responsable: CARLOS YOHANN MONTOYA TOBON		
Tipo y Documento de Identidad: CC-94505462	**Edad:** 34 Años	**Nacionalidad:** COLOMBIA
Dirección de Residencia: AVDA 8 NORTE NO. 10 - 98 APTO 11 08	**Teléfono Fijo:** 3341056	**Teléfono Celular:** 3166910383
Dirección Oficina:	**Teléfono:**	**Correo Electrónico:**

DATOS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)

Entidad	Nit	Plan	Contrato	Nro. Poliza	Tipo Afiliado	Rango Salarial
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.	805.009.741-0	PROGRAMA ORO	01-	12786057	Cotizante	
PARTICULAR	3	COOMEVA MEDICINA PREPAGADA	01			
COOMEVA EPS-C S.A.	805.000.427-1		01			

Médico Tratante BURBANO PUPIALES NINA MARITZA

DATOS DE LA AUTORIZACIÓN DE RESPONSABLE DE PAGO (ERP)

Tipo de Admisión: **POR EVENTO**

Paquete/Procedimiento Cotizado:

Valor Paquete/Procedimiento Cotizado:

Tipo Orden	Numero de Orden	%	Entidad	Paciente	Tope	Días Hospitalización

Motivo de la Atención: RADICULOPATIA

Procedimiento Programado:

Procedimiento Autorizado:

INFORMACIÓN DE COBERTURAS Y/O GENERAL:
Se le informa al paciente las siguientes coberturas:

SE LLAMA A COOMEVA MP PARA LA AUT DE HOSPITALIZACION EN PISO SE HABLA CON LA DRA. CAROLINA QUIÑONEZ QUIEN DA COD DE AUT # 782878
SE LE ENTREGA CARNET A : CARLOS MONTOYA
EPS COOMEVA ACTIVO COTIZANTE RANGO II SC. 802 CONSULTA # 0025279658

INFORMACIÓN DE NO CUBRIMIENTOS (EXCLUSIONES):
Se le informa al paciente las siguientes exclusiones:

ENTIDAD NO CUBRE ELEMENTOS DE USO PERSONAL O DESECHABLES

Centro Médico Imbanaco ADMISIONES 24 HORAS

Admisiones: Shary Tatiana Escobar Valverde

NO SE HACEN DEVOLUCIONES EN EFECTIVO SUPERIORES A CIEN MIL PESOS
En el evento de tener una devolución después de liquidada la cuenta a mi favor superior a cien mil pesos, consignaría en la:
Cuenta Corriente____ Ahorros ____ No. _____ Banco: _____
a nombre de: _____ o cheque a nombre de: _____
con C.C. # _____

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ACEPTO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO SOBRE LAS NO COBERTURAS DE MI ASEGURADORA

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y SOPORTE

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A. para consultar y reportar, en cualquier tiempo, en DataCrédito o en cualquier otra central de información de riesgo, toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito o servicio.

Acepta 94505462

Imbanaco

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS / PROCEDIMIENTOS / TRATAM ... MÉDICOS

FECHA: 6 Marzo del 2017 NOMBRE DEL PACIENTE: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA HC: CC 16719326
EDAD: 51 Años 4 Meses 12 Días ENTIDAD: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.
NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE DEL C.M.I. Dr. / Dres.: DR DARIO FUERTES
ESPECIALISTAS EN: _____

Yo, JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
Identificado con la CC: _X__, CE: ___, PA: ___. No. CC 16719326 expedida en _____

Obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique el siguiente procedimiento y/o tratamiento médico e igualmente acepto la toma de muestras y práctica de biopsias si fuere del caso, aplicación de medios de contraste, medicamentos y sesiones terapéuticas con la tecnología especificada. : _____
_____

Así como cualquier otra intervención o re intervención, advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica, durante o posteriormente la atención/tratamiento, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

1) He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndoseme que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención/ procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirúrgica/clínica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón esta por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ni[illegible] caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico.

2) El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como m[illegible]os hospitalarios, profesionales interconsultados, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria.

3) He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso la aceptación o escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo.

4) Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnóstica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento específico, éste se diligenciará por separado.

5) Acepto la realización de los procedimientos de transfusiones sanguíneas o de componentes de la sangre (Hemoderivados) que llegaren a ser necesarias durante la intervención o en desarrollo de su evolución posterior, para lo cual se procederá a tramitar el consentimiento específico de ley, e igualmente acepto la toma de muestras y practica de biopsias si fuere del caso, antes, durante o después de la intervención principal cuya práctica he consentido, y/o durante el procedimiento y/o hospitalización.

6) He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención principal programada/procedimiento/tratamiento médico.

7) He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he aceptado, i[illegible]do el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden ll[illegible]a presentarse

8) Se me ha explicado que la intervención y/o procedimiento(s) cuya práctica he aceptado comportan la afectación necesaria de las estructuras anatómicas que corresponden al campo operatorio propio de aquella o estos de acuerdo con las condiciones clínico patológicas que identifican el caso y se me ha advertido que pueden llegar a presentarse alergias medicamentosas, alteraciones de los factores de la coagulación sanguínea no identificados previamente así como afecciones cardiopulmonares inesperadas o reacciones imprevisibles a los agentes anestésicos.

9) Se me ha informado que, a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros órganos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por éste a su médico tratante.

Se me ha informado y explicado igualmente que: Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales se puede presentar sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles.

En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan características débiles que los hacen friables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas. Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir originados en el propio organismo del paciente, o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia.

Durante el postoperatorio inmediato o mediato pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención. Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas, dependiendo del organismo de cada individuo.

10) Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos. Los

riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que, a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a comprometer de forma temporal o permanente mis condiciones de salud y, en casos extremos, mi propia vida.

11) Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosíntesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un banco de elementos de osteosíntesis o desechado por inservible por parte del CMI. En los casos de retiro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosméticas estas se destruyen. De todo lo anterior se deja constancia.

12) Queda totalmente convenido que ante cualquier evento de responsabilidad civil contractual que se pueda llegar a presentar durante la prestación de los servicios quirúrgicos y/o procedimientos y/o tratamientos médicos a los que se somete el paciente voluntariamente, se resolverá bajo la legislación colombiana exclusivamente, aún cuando el paciente no sea nacional de la República de Colombia.

13) Se advierten de forma general y específica los siguientes riesgos y complicaciones frecuentes no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta: Caida Munta Fractura

*LOS RELACIONADOS CON TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO PRINCIPAL.

14) Se me han explicado las alternativas de tratamiento: Si

15) Se me han explicado los beneficios del procedimiento indicado por el medico: Si

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro M o ...naco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el C...té de ética en investigación del CMI, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2.008, las guías de buena prácticas clínicas y la Ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos. Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas. **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____ NO: _____.**

2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad. **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____ NO: _____.**

3- Autorizo que las fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____ NO: _____.**

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA QUE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

X YOHANN MONTOYA

CC: X, CE: ___, PA: ___. No. 94505462 De X CALI

...ción CL 54 NORTE # 2 GU 94 Ciudad y CALI

Testigo: _____ CC: ___, CE: ___, PA: ___. No. _____
De _____

Médico(s) _____

C.C. No. 1085263594 De Cali Reg. 4178 2011

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16718228/81 A cb/Masculino
Tel:3747428/AVDA 8 NORTE NO 18 - 98
Serv.Urgencias
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio.0
Uti:
5591625

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS / PROCEDIMIENTOS / TRATAMIENTOS MÉDICOS

FECHA: 7 Marzo del 2017 NOMBRE DEL PACIENTE: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA HC: CC 16719326
EDAD: 51 Años 4 Meses 12 Días ENTIDAD: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.
NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE DEL C.M.I. Dr. / Dres.: DARIO FERNANDO FUERTES BOLAÑOS
ESPECIALISTAS EN: _____

Yo, JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
Identificado con la CC: X, CE: ___, PA: ___. No. CC 16719326 expedida en CAR.

Obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique el siguiente procedimiento y/o tratamiento médico e igualmente acepto la toma de muestras y práctica de biopsias si fuere del caso, aplicación de medios de contraste, medicamentos y sesiones terapéuticas con la tecnología especificada.: Administración de medio contraste

Así como cualquier otra intervención o re intervención, advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica, durante o posteriormente la atención/tratamiento, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

1) He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndoseme que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención/ procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirúrgica/clínica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón esta por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico.

2) El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos hospitalarios, profesionales interconsultados, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria.

3) He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso la aceptación o escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo.

4) Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnóstica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento específico, éste se diligenciará por separado.

5) Acepto la realización de los procedimientos de transfusiones sanguíneas o de componentes de la sangre (Hemoderivados) que llegaren a ser necesarias durante la intervención o en desarrollo de su evolución posterior, para lo cual se procederá a tramitar el consentimiento específico de ley, e igualmente acepto la toma de muestras y practica de biopsias si fuere del caso, antes, durante o después de la intervención principal cuya práctica he consentido, y/o durante el procedimiento y/o hospitalización.

6) He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención principal programada/procedimiento/tratamiento médico.

7) He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he aceptado, in[illegible]o el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse.

8) Se me ha explicado que la intervención y/o procedimiento(s) cuya práctica he aceptado comportan la afectación necesaria de las estructuras anatómicas que corresponden al campo operatorio propio de aquella o estos de acuerdo con las condiciones clínico patológicas que identifican el caso y se me ha advertido que pueden llegar a presentarse alergias medicamentosas, alteraciones de los factores de la coagulación sanguínea no identificados previamente así como afecciones cardiopulmonares inesperadas o reacciones imprevisibles a los agentes anestésicos.

9) Se me ha informado que, a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros órganos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por éste a su médico tratante.

Se me ha informado y explicado igualmente que: Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales se puede presentar sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles.

En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan características débiles que los hacen friables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas. Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir originados en el propio organismo del paciente, o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia.

Durante el postoperatorio inmediato o mediato pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención. Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas, dependiendo del organismo de cada individuo.

10) Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos. Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los

esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a comprometer de forma temporal o permanente mis condiciones de salud y, en casos extremos, mi propia vida.

11) Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosíntesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un banco de elementos de osteosíntesis o desechado por inservible por parte del CMI. En los casos de retiro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosméticas estas se destruyen. De todo lo anterior se deja constancia.

12) Queda totalmente convenido que ante cualquier evento de responsabilidad civil contractual que se pueda llegar a presentar durante la prestación de los servicios quirúrgicos y/o procedimientos y/o tratamientos médicos a los que se somete el paciente voluntariamente, se resolverá bajo la legislación colombiana exclusivamente, aún cuando el paciente no sea nacional de la República de Colombia.

13) Se advierten de forma general y especifica los siguientes riesgos y complicaciones frecuentes no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta:

_____

*LOS RELACIONADOS CON TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO PRINCIPAL.

14) Se me han explicado las alternativas de tratamiento:

_____

15) Se me han explicado los beneficios del procedimiento indicado por el medico:

_____

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del CMI, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2.008, las guías de buena prácticas clínicas y la Ley 1 de 2012 sobre la protección de datos. Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas. En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____ NO: _____.

2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad. En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: X NO: _____.

3- Autorizo que las fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____ NO: _____.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA QUE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

_____

CC: X, CE: ___, PA: ___. No. 16719326 De Cali

Dirección Av 8 Norte # 10-98 Apto 1106 Ciudad Cali

Testigo: _____ CC: ___, CE: ___, PA: ___. No. _____

De _____

Médico(s) _____

C.C. No. _____ De _____ Reg.

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Discrona Hidromorfona

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS / PROCEDIMIENTOS / TRATAMIENTOS MÉDICO

FECHA: Marzo / 2017 HC: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: Jan Carlo Zapzrrzta

EDAD: DÍAS: 5 MES: ____ AÑOS: 52 años

ENTIDAD: Coomeva prepagada

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16718328/51 Años/Masculino
Tel:3747420/AVDA 6 NORTE NO. 18 - 58
Serv:Cirugia
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:0
Ubi:SP SALA03
5606387

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE DEL C.M.I. Dr. / Dres.: Darío Fuertes / Gerardo Cuzs

ESPECIALISTAS EN: Ortopedia Cirugía De Columna

Yo, Jan Carlo Zapzrrzta

Identificado con la CC: X, CE: ___, PA: ___. No. _____ expedida en _____

obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito **en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento** para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique la siguiente intervención quirúrgica y/o procedimiento y/o tratamiento médico:

Revisión Descompresión canal medular y raíces nerviosas columna lumbosacra L5 y S1 derechas.

, así como cualquier otra intervención o reintervención ,advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica o posteriormente o durante la hospitalización, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

1) He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndoseme que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención / procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirúrgica/clínica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón esta por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico.

2) El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos hospitalarios, profesionales interconsultados, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria.

3) He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso la aceptación o escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e

igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo.

4) Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnóstica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento especifico, éste se diligenciará por separado.

5) Acepto la realización de los procedimientos de transfusiones sanguíneas o de componentes de la sangre (Hemoderivados) que llegaren a ser necesarias durante la intervención o en desarrollo de su evolución posterior, para lo cual se procederá a tramitar el consentimiento especifico de ley, e igualmente acepto la toma de muestras y practica de biopsias si fuere del caso, antes, durante o después de la intervención principal cuya práctica he consentido, y/o durante el procedimiento y/o hospitalización.

6) He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención principal programada/procedimiento/tratamiento médico.

7) He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he aceptado, incluido el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse.

8) Se me ha explicado que la intervención y/o procedimiento(s) cuya práctica he aceptado comportan la afectación necesaria de las estructuras anatómicas que corresponden al campo operatorio propio de aquella o estos de acuerdo con las condiciones clínico patológicas que identifican el caso y se me ha advertido que pueden llegar a presentarse alergias medicamentosas, alteraciones de los factores de la coagulación sanguínea no identificados previamente así como afecciones cardiopulmonares inesperadas o reacciones imprevisibles a los agentes anestésicos.

9) Se me ha informado que, a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros órganos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por éste a su médico tratante. Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales el paciente presenta sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles. En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan características débiles que los hacen friables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas. Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir originados en el propio organismo del paciente, o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia.
Durante el postoperatorio inmediato o mediato pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención. Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas.

10) Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles o imprevenibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos. Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a

comprometer de forma temporal o permanente las condiciones de salud del paciente y, en casos extremos, su propia vida.

11) Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosíntesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un Banco de elementos de Osteosíntesis o desechado por inservible por parte del CMI. En los casos de retiro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosméticas estas se destruyen. De todo lo anterior se deja constancia.

12) **Se advierten de forma general los siguientes riesgos no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta:**

Dolor crónico intratable de la raíz nerviosa en pierna y columna infección pérdida de fuerza ó sensibilidad en raíces nerviosas pérdida control de esfínteres lesión neurológica ruptura duramadre fístula líquido cefalorraquídeo inflamación de la raíz pérdida de fusión osteomielitis trombos en piernas y pulmonas muerte

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: X **NO:** ____

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento:

C.C. No. 16719376 **De** Cali

Dirección _____ **Ciudad** _____

Testigo: Silvana Zapata V

C.C. No. 31385084 **De** Ibagué

Dirección _____ **Ciudad** _____

Médico(s): D Fuentes

C.C. No. 98400191 **De** Pasto **Reg. Médico:** _____

C.C. No. _____ **De** _____ **Reg. Médico:** _____

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del CMI, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1.993 y 2378 de 2.008 y, las guías de buenas prácticas clínicas. Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento . SI: X **NO:** ____.

2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: X **NO:** ____.

3- Autorizo que las fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: X **NO:** ____.

CONSTANCIA DEL NO CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y SUS RESPONSABLES

El paciente o responsable identificado en la primera parte de este documento, manifiesta expresamente que no otorga el consentimiento para la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento y/o tratamiento médico y declara que asume la responsabilidad legal plena por los efectos de esta decisión, la cual ha sido tomada después de haber escuchado y entendido de Parte del Doctor: _____ los riesgos que para mi salud comporte esta decisión.

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento:

D Fuentes

C.C. No. 98400191 **De:** Pasto

Testigo: _____

C.C. No. _____ **De:** _____

Médico(s): _____

C.C. No. _____ **De:** _____ **Reg. Médico:** _____

Valoración pre-anestésica

Registro de Anestesia Página: 1/1 Código: R-CIR-0013 Versión No. 2 Fecha de creación: abril de 2013

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de diligenciamiento: 10 | 03 | 17 — Fecha de cirugía: 10 | 03 | 17 — Hora:

Nombres y Apellidos: Jan Carlo Zapparrata Valencia — Sexo: F ☐ M ☒ — Edad: 51 Día(s) ☐ Mes(es) ☐ Año(s) ☐ — Ocupación: — Entidad: Coomeva

Diagnóstico: Radiculopatia L5 Derecha — Procedimiento: Exploracion - Descompresion L5 Rx Fusion instrumentada — Cirujano: Glorar

ANTECEDENTES

QUIRÚRGICOS (Hemorragia - Infección): Hace 3 s Instrumentacion Postero Columna lumbar

ANESTÉSICOS (General, Regional) NVPO - Hipotermia - Dolor Incontrolado - Insomnio - Agitación:

MÉDICOS (CV, Respiratorio, Renal, Hematológico, Endocrino, GI, Inmunológico, Neurológico, Psiquiátrico, Neuromuscular, Piel): HTA - Diabetes

Medicamentos: Amitriptilina - Pregabalina - Acetaminofen - Morfina
Alérgicos: Dipirona - Hidromorfona
Transfusionales: Esomeprazol
Hepáticos: Morfina hace 3d
Tóxicos - Adicciones: Enoxaparina hace 3d
Ginecoobstétricos: FUM:

ANTECEDENTES FAMILIARES: Problemas de anestesia - Alergias - Hemorragias - Hipercoagulación - Anemias - Musculares - Otros:

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/51 Años/Masculino
Tel:3747420/AVDA 9 NORTE NO. 10 - 58
Serv:Cirugia
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan.PROGRAMA ORO
NroEstudio:0
Ubi:SP SALA03
5606387

EXAMEN FÍSICO

Apariencia general:

Presión arterial mmHg	Frecuencia cardíaca Latidos/min	Frecuencia respiratoria Respirac./min	Pulsoximetría %	Temperatura °C	Peso Kg	m
150/90 ☐ Sentado ☐ Decúbito	70	12	97		90	

Cabeza y cuello:

Lentes de contacto	☒ No	☐ Si	Masas en cuello	☐ Si	☐ No
Apertura Oral	☒ > 3cm	☐ < 3cm	Mallampati	1	2	3	4
Dientes Flojos	☐ No	☐ Si	D. Tiromentoniana	☐ > 6.5cm	☐ < 6.5cm
Protrusión Dental	☐ Si	☐ No	D. Esternomentoniana	☐ > 12cm	☐ < 12cm
Prótesis	☐ No	☐ Si			

Tórax:

Ruidos cardiácos	☒ Normal ☐ Anormal	Explique:	
Auscultación pulmonar	☒ Normal ☐ Anormal	Explique:	

Abdomen:

Extremidades: Fácil venopunción para líquidos endovenosos - Insuficiencia venosa - Edemas - Test de Allen:

Espalda: Fácil para conductiva — Herida lumbar 1/2 cicatrizada

Otros:

EXÁMENES

Hb/Hcto	14.7	Glicemia		TSH		P de O
Leucocitos	7400	Creatinina	0.78	Albúmina		EKG / ECO / Esfuerzo / Cateterismo
Plaquetas	247	Na+				Rayos X de tórax
TP	10.5	K+				Otros estudios
PTT	39.0	Cl-				

PLANES

Riesgo: ASA 2 — NYHA — Glasgow 15 — Otras: Vancomicina Azitromicina

Preoperatorio: Premedicación: — Ayuno: — Profilaxis TVP/TEP: — Profilaxis antibiótica (PPS): ↑ — Hemoderivados: — Preparación de colon: ☐

Operatorio: Sedación | A. Local | A. Conductiva | A. General | IOT | INT | LMA | C. Nasal — Monitoría: Basica — Compresión neumática: ☐

Postoperatorio: Analgesia: — Ambulatorio | Hospitalizado | Intermedio | UCI | UCI-Pediátrica | UCI-RN

Interconsultas: — Otros:

Nombre del anestesiólogo y firma:

Consentimiento para procedimientos anestésicos

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Yo, Jan Carlo Zapparata identificado con documento de identidad; Tipo [1] CC
No, 16719326, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología del Centro Médico Imbanaco, a realizar en mi o en el (la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica: _____

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el anestesiólogo empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración.

Técnica general y sedación: Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión de labios y/o dientes, laringoespasmo, bronco espasmo, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognoscitivas y psicomotoras, sueños o recuerdos intraoperatorios, infarto, tromboembolismo pulmonar, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorespiratorio y muerte.

Técnica conductiva neuroaxial: Hematoma, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, vejiga miogénica o retención urinaria, paro cardiorespiratorio y muerte. Además se me explica el manejo del dolor con analgesia peridural ambulatoria con bombas PCA la cual tiene los mismos riesgos de la técnica conductiva.

Bloqueos Regionales: Neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o escoriaciones piel, paro cardiorespiratorio y muerte.

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos impredecibles como reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, productos sanguíneos, y/o elementos de monitoria.

La anestesia será administrada por uno de los anestesiólogos socio o adscrito del Centro Médico Imbanaco, entendiendo también que puede participar más de uno si llega la hora de cambio de turno.

Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos, y gineco-obstetricos, incluyendo la capacidad de estar embarazada, así como las alergias, consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos, y potenciales complicaciones.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE
Firma: _____
Documento de identidad: Tipo: No: 16719326

TESTIGO
Silvana Zapparata Firma: _____
Nombre: Silvana Zapparata V
Documento de identidad: Tipo: No: 31485084

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente/ tutor comprende(n) completamente lo que he explicado.

MÉDICO ANESTESIÓLOGO
Firma: _____ Fecha de diligenciamiento _____ DD MM AA
Sello 16447206

1 Tipo: CC: Cédula de ciudadanía; CE: Cédula de extranjería; PA: Pasaporte.

Evaluación previa a la inducción

Fecha: 10/03/17 ASA 2 TA 150/90 FC 72 FR 12 TEMP Sat 02: 94

Medicamentos _____

1. Responda los cambios de su salud desde la pre-anestesia hasta el día de hoy:

¿Tiene tos o catarro? Si ☐ No ☑ ¿Esta orinando bien? Si ☑ No ☐ Tiene heridas o pus en la piel? Si ☐ No ☑

¿Ha tenido cefalea o mareos? Si ☐ No ☑ ¿Tiene cólicos abdominales o diarrea? Si ☐ No ☑

¿Tiene algo que agregar usted que considere importante, antes de la anestesia? Si ☐ No ☑ Esta usted en ayuno? Si ☑ No ☐

¿Cuánto tiempo de Ayuno? 7h Tiene exámenes solicitados en la pre-anestesia pendientes? Si ☐ No ☐

¿Cuáles? _____

Firma del médico

Registro Anestésico

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Fecha: 10/03/17
PACIENTE: Jan Carlo Zapata

Diagnóstico: Compresion Radicular L5 Der
Procedimiento: Exploracion Descompresion Foraminotomia L5 Der

Anestesiólogos: LMM
Cirujano: G Casas
Ayudante: D Fuente
Instrumentadora: MC Pupiales
Circulante: MC Roman - Melissa

Eventos intraoperatorios

1. Vancomicina 1g
2. Metronidazol 2g
3. Dexametasona 8 mg
4. Ranitidina 50
5. Lidocaina 100
6. Bupivacaina 20
7. Ketorolaco 20
8. Dexmedetomidina 5 ml
9. Ondansetron 4
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16. Bupivacaina CE 20 ml
17. Lidocaina 5 20 ml
18.

ANESTÉSICOS
FiO2
Propofol TCI
Remifentanil TCI
UCMAE 1
Fentanilo

EVENTOS IOP

Técnica Anestésica
- [ ] General Inhalatoria
- [ ] Intravenosa
- [ ] Multimodal
- [ ] Peridural
- [ ] Espinal

Aguja No. _____ Catéter _____
Nivel punción _____
Nivel anestésico _____
Bloqueo _____

- [ ] Sedación
- [ ] Local controlada

Vía Aérea
- [ ] Cánula
- [ ] Máscara
- [ ] LMA
- [ ] Frastrach
- [ ] Proseal
- [ ] Flexible
- [ ] IOT
- [ ] NIT
- [ ] Fibroscopia

Tubo doble luz
- [ ] Derecho
- [ ] Izquierdo
- [ ] Sellick
- [ ] Cormack

No. _____

EKG	5	5	5	5	5	5
SpO2	97	98	96	98	96	96
EtCO2	35	36	36	36	39	39
TEMP						
BIS	90	95	50	60	65	
RNM						
Diuresis						
PVC	Glucometria 204					

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC: 14719328/93 Años/Masculino
Tel: 3747428/AVDA 8 NORTE NO. 10 - 50
Serv: Cirugia
Ent: COOMEVA MEDICINA
Plan: PROGRAMA ORO
NroEstudio: 8
Ubi: SP SALA03
5606387

Hora: 8 9 10 11
200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 35 30 25 20 15 10 5

VENTILACIÓN
Modo: SIMV
FR: 12
VM:
Pva:
Peep: 5

Nota entrega anestesiólogo

FIRMA

GASES SANGUINEOS

Hora	pH	pCO2	paO2	HCO3	SAT	BE	LACT

BALANCE DE LIQUIDOS

Eliminados		Administrados	
Diurisis		Lactato Ringer	
Pérdidas insensibles		Solución salina	
Diurisis		Coloides	
Sangrado		Sangre	
Otros		Glóbulos rojos	
		Otros	
Total		Total	

Trasladado a:
- [ ] Fase I de recuperación Anestésica
- [ ] Fase II de recuperación Anestésica

UCIM UCI UCI- P UCI- RN

Tiempos

Inicio de anestesia	10:00
Inicio de cirugía	10:20
Fin cirugía	21:00
Fin anestesia	21:10

Traslado de quirófano a la Unidad de Cuidados Postanestésicos

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719328/61 Años/Masculino
Tel:3747428/AVDA 8 NORTE NO. 18 - 98
Serv:Cirugia
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan.PROGRAMA ORO
NroEstudio:0
Ubi:SP SALA02
5606387

Hora de traslado

Complicaciones intraoperatorias

INGRESA CON

- ☐ Canalización venosa
- ☐ Canalización arterial
- ☐ Hemovac
- ☐ Catéter Peridural
- ☐ Catéter Central
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Tubo Endotraqueal
- ☐ Tubo de Tórax
- ☐ Sonda Nasogástrica Drenaje
- ☐ Otro(s), ¿ Cual(es)? _____

VALORACIÓN DE ACUERDO ANESTESIA RECIBIDA A LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

ESCALA DE ALDRETTE

SPO2	2	Capaz de mantener saturación de Oxígeno >92% en aire ambiente.
	1	Requiere Oxígeno para mantener saturación de Oxígeno mayor a 90%.
	0	Saturación de Oxígeno < a 90% incluso con suplemento de oxígeno.
CIRCULACION	2	TA+-20% del nivel preanestésico.
	1	TA+-20%-49% del nivel preanestésico.
	0	TA+-50% del nivel preanestésico.
RESPIRACION	2	Capaz de respirar profundamente o toser libremente.
	1	Apnea, respiración limitada o taquipnea.
	0	Apneico o con respiración artificial.
MOVIMIENTO	2	Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo órdenes.
	1	Capaz de mover las 2 extremidades voluntariamente o bajo órdenes.
	0	Capaz de mover 1 extremidad voluntariamente o bajo órdenes.
CONCIENCIA	2	Despierto.
	1	Despierta al llamado.
	0	Dolor agudo que requiere medicación parenteral
TOTAL		

ESCALA BROMAGUE

0.	No bloqueo motor.
1.	Capacidad de sentarse.
2.	Capacidad de flexionar la rodilla con ausencia de debilidad.
3.	Inhabilidad para levantar la pierna extendida , puede mover la rodi
4.	Inhabilidad para flexionar la rodilla, puede mover el pie solamente.
5.	Inhabilidad para flexionar el tobillo, inhabilidad para mover el pie y la rodilla.

ESCALA RAMSAY

Nivel 1	Paciente agitado, ansioso o inquieto.
Nivel 2	Paciente cooperador, orientado y tranquilo.
Nivel 3	Dormido con respuesta a órdenes.
Nivel 4	Dormido con breves respuestas a la luz y el sonido.
Nivel 5	Dormido con respuesta sólo al dolor.

Eventos detalles del traslado

Órdenes médicas por anestesiólogo para la U.C.P.A.

Hora de alta y de salida UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTESICOS

Firma del médico

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16718226/81 A ea/floscullino
Tel:3747428/RVDR 9 NORTE NO. 18 - 98
Serv:HOSPITALIZACION
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
HroEstudio:0
Ubi:HABITACION 616 T
5593096

ENTREGA DE TURNO DE MEDICAMENTOS

Página: 1/1
Código:
Versión N°: 2
Fecha de Actualización:

Dx: Dolor lumbar
Plan de LEV: Ringer 60 cc/H — Goteo oxitocina 20 cc/H
Fecha de Equipos: 11/3/12 - 12/5/12 — Fecha de venopunción: MSD 10/3/12 - 12/3/12.
Alergias: Dipirona — Hidromorfona — Medico Tratante: D. Cosas

MEDICAMENTO	Dosis y Horario		dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa		
			M	T	N	M	T	NL	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Dulcolax.	DOSIS 5mg	R	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0																	
	HORARIO 18-6.	A	0	0	0	0	1	1	0	1	1																		
		F	0	0	1	0	2	0	0	2	0																		
		D	0	0	0	0	0	0	0	0	0																		
		E	1	0	0	0	1	0	0	1	0																		
		V	V	V	/	V	V	V	/	V	V																		
SSN x250	DOSIS 250cc	R	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0																	
	HORARIO +/10	A	0	0	0	0	0	0	0	0	0																		
		F	0	0	0	0	0	0	0	0	0																		
		D	0	0	1	0	0	0	0	0	0																		
		E	1	1	0	0	0	0	0	0	0																		
		V	V	V	/	V	V	V		V	V																		
Lyrica x 150mg	DOSIS 150mg	R							1	0	2	1																	
	HORARIO 10-12	A							1	0	1	0																	
		F							0	0	0																		
		D							0	0	0																		
		E							0	2	1																		
		V							/	V	V																		
Carbamazepina x200mg	DOSIS 200mg	R								0	3	2																	
	HORARIO 8-20.	A								0	1																		
		F								0	0																		
		D								0	0																		
		E								2	1																		
		V								V	V																		
	DOSIS	R																											
		A																											
		F																											
	HORARIO	D																											
		E																											
		V																											

R: Recibe	NOMBRE LEGIBLE ENTREGA			Diana	Diana	Laura V	Enfermera J	Enfermera L	Enfermera L	Enfermera L	Rubyp	Laura V	Laura V	Laura V	Laura V														
A: Administra																													
F: Lo que llega de farmacia.																													
D: Devolutivos	NOMBRE LEGIBLE RECIBE	Diana	Diana	Laura V	Enfermera J	Enfermera L	Enfermera L	Rubyp	Laura V	Laura V	Laura V	Laura V																	
E: Entrega.																													
V: verificacion.																													

ENTREGA DE TURNO DE MEDICAMENTOS

Página: 1/1
Código:
Versión N°: 2
Fecha de Actualización:

Dx:

Plan de LEV:

Fecha de Equipos: | Fecha de venopunción:

Alergias: | Medico Tratante:

MEDICAMENTO	Dosis y Horario		dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
	DOSIS	R																													
		A																													
		F																													
	HORARIO	D																													
		E																													
		V																													
	DOSIS	R																													
		A																													
		F																													
	HORARIO	D																													
		E																													
		V																													
	DOSIS	R																													
		A																													
		F																													
	HORARIO	D																													
		E																													
		V																													
	DOSIS	R																													
		A																													
		F																													
	HORARIO	D																													
		E																													
		V																													
	DOSIS	R																													
		A																													
		F																													
	HORARIO	D																													
		E																													
		V																													
R: Recibe A: Administra F: Lo que llega de farmacia.	NOMBRE LEGIBLE ENTREGA																														
D: Devolutivos E: Entrega. V: verificacion.	NOMBRE LEGIBLE RECIBE																														

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 1071929230/CI A pa/Masculino
Tel:3747428/RVDA A NORTE AD 10 - 80
Serv:HOSPITALIZACION
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:0
Ubi:HABITACION 018 T
5593096

ENTREGA DE TURNO DE MEDICAMENTOS

Página: 1/1
Código:
Versión N°: 2
Fecha de Actualización:

Dx: Espondilosis- Dolor lumbar
Plan de LEV: Ringer 50 c/h
Analgesia ortopedia c/12h.
Fecha de Equipos: 15-3-17 17
Fecha de venopunción: MED. 15-3-17 - -12.
Alergias: Dipirona Ticlid. morfenicol
Medico Tratante: Cosas.

MEDICAMENTO	Dosis y Horario		dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa
			M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Morfina 10mg	DOSIS 2mg. HORARIO 4-10-16-22	R	3Kg											
		A												
		F												
		D												
		E												
		V												
Clexane 40mg	DOSIS 40mg HORARIO 12	R	1 0 1	1 1 1	1 1 0	1 0 1	0 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
		A	1 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0	0 1 0	0 1 0	0 1 0	0 1 0	0 1 0	0 1 0	0 1 0	
		F	0 1 0	1 0 0	0 0 0	1 0 0	0 1 0	0 1 0	0 1 0	0 1 0	0 1 0	0 1 0	0 1 0	
		D	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
		E	0 1 1	1 1 1	1 0 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
		V	V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	
Nexium 40mg	DOSIS 40mg HORARIO 16	R	1 1 0	0 1 0	0 0 0	0 0 0	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
		A	0 1 0	0 1 0	0 0 0	1 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
		F	0 0 0	1 0 0	0 0 0	1 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
		D	0 1 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
		E	1 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
		V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	
Lyrica 75mg	DOSIS 75mg HORARIO 10-22	R	3 2 2	2 2 2	2 1 0	2 1 0	1 1 0	2 1 0	2 1 0	2 1 0	2 1 0	2 1 0	2 1 0	
		A	1 0 1	1 1 0	1 0 0	1 1 0	1 1 0	1 1 0	1 1 0	1 1 0	1 1 0	1 1 0	1 1 0	
		F	0 2 0	0 2 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	Cambio.
		D	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
		E	2 2 1	2 2 1	1 0 0	2 1 0	1 1 0	2 1 0	2 1 0	2 1 0	2 1 0	2 1 0	2 1 0	
		V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	
Acetaminofen 500mg	DOSIS 1gr HORARIO 8-16-24	R	4 2 4	2 6 4	3 2 0	2 0 2	0 4 2	0 4 2	0 4 2	0 4 2	0 4 2	0 4 2	0 4 2	
		A	2 2 2	2 2 1	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	
		F	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
		D	0 2 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	
		E	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	
		V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	V V V	
R: Recibe A: Administra F: Lo que llega de farmacia.	NOMBRE LEGIBLE Y ENTREGA		Carla Gomez	Carla Gomez	Yaneth Forero	Diana Rojas	Diana Rojas	Diana Rojas	Beatriz Rojas	Beatriz Rojas	Beatriz Rojas	Beatriz Rojas	Yaneth Forero	Yaneth Forero
D: Devolutivos E: Entrega. V: verificacion.	NOMBRE LEGIBLE Y RECIBE		Carla Gomez	Carla Gomez	Yaneth Forero	Diana Rojas	Diana Rojas	Diana Rojas	Beatriz Rojas	Beatriz Rojas	Beatriz Rojas	Beatriz Rojas	Yaneth Forero	Yaneth Forero

MEDICAMENTO	Dosis y Horario		dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa
			M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
Morfina 10mg	DOSIS 2mg. HORARIO 4-10-16-22	R												
		A												
		F												
		D												
		E												
		V												
Clexane 40mg	DOSIS 40mg HORARIO 12	R												
		A												
		F												
		D												
		E												
		V												
Nexium 40mg	DOSIS 40mg HORARIO 16	R												
		A												
		F												
		D												
		E												
		V												
Lyrica 75mg	DOSIS 75mg HORARIO 10-22	R												
		A												
		F												
		D												
		E												
		V												
Acetaminofen 500mg	DOSIS 1gr HORARIO 8-16-24	R												
		A												
		F												
		D												
		E												
		V												
R: Recibe A: Administra F: Lo que llega de farmacia.	NOMBRE LEGIBLE Y ENTREGA		Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero
D: Devolutivos E: Entrega. V: verificacion.	NOMBRE LEGIBLE Y RECIBE		Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero	Yaneth Forero

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 1073133261 01 A os/Hoscupline
Tel:3747428/AYDA 8 NORTE NO. 10 - 88

Serv HOSPITALIZACION
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORD
NroEstudio:0
Ubi:HABITACION 816 T

5593095

ENTREGA DE TURNO DE MEDICAMENTOS

Página: 1/1
Código:
Versión N°: 2
Fecha de Actualización:

Dx:
Plan de LEV:
Fecha de Equipos:
Fecha de venopuncion:
Alergias:
Medico Tratante:

MEDICAMENTO	Dosis y Horario
SSN 500ml	DOSIS: LEV HORARIO:
SSN x 100cc	DOSIS: HORARIO:
SSNX 50	DOSIS: HORARIO:
Amitriptilina X25mg	DOSIS: 20mg HORARIO: 20:
Ringer 1000	DOSIS: HORARIO: 6pm

| | dd/mm/aa | | |

Centro Médico Imbanaco
Fundación de Servicio

UNIDAD DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS

ENTREVISTA PARA RESONANCIA MAGNETICA

A. *Un procedimiento de Resonancia Magnética puede durar de 15 a 60 minutos, en ocasiones especiales un poco más. El técnico de Resonancia le explicará a usted cualquier duda antes del procedimiento*

B. **Datos clínicos** Contractura con mucho dolor a nivel lumbar irradiado MII

Qx: L5-S1 DAES

C. **Antecedentes Quirúrgicos** amigdalectomia - apendicectomia - Osteosintesis - Canal inguinal

Dispone de estudios anteriores: SI ✓ **#** _____ **NO** _____ DAES

D. *Usted debe retirarse todas las joyas, tarjetas con banda magnética, reloj, documentos, llaves, anteojos y no tener adornos en su cabello. Sus bolsillos deben estar completamente vacios. Se le proveerá un casillero (locker) para guardar todos estos elementos y su bata para entrar adecuadamente al examen.*

E. *Por favor señale con (x) si tiene alguno de los siguientes dispositivos en su cuerpo. Si no los tiene favor dejar espacio en blanco.*

Marcapaso cardiaco	☐	Clips en aneurisma....	☐
Desfibrilador cardiaco implantado....	☐	Neuroestimulador.....	☐
Bioestimulador.....	☐	Electrodos internos.....	☐
Implantes cocleares, auditivos.....		Bomba de insulina.....	☐
Material de embolización	☐	Filtro venoso o Stent....	☐
Cuerpos extraños/proyectiles, balas...	☐	Prótesis de pene.....	☐
Grapas quirúrgicas	☐	Catéteres.....	☐
Cualquier otro tipo de implante.....	☑	Stent cardiaco.....	☐

material osteosintesis columna

F. *Certifico que la información anterior es correcta, he leido y entendido el contenido de esta forma.*

Aunque la Resonancia Magnética no produce ningún efecto biológico en las personas, hay situaciones en las que el estudio se puede ver alterado técnicamente, por lo que es necesario que nos responda el siguiente cuestionario:

	SI	NO
1. Le han realizado resonancias previas	☑	☐
Es usted claustrofóbico-a.....	☑	☐
3. Le han realizado algún procedimiento o cirugía..... en la cabeza? (clipaje de aneurisma, cirugías de Oídos, etc.) Cual: _____	☐	☑
4. Ha tenido accidentes en sus ojos por materiales Metálicos?	☐	☑
5. Está en embarazo o tiene sospecha ?.....	☐	☑
6. Esta amamantando ?.....	☐	☑

FIRMA PTE: X _____ **CC:** X 1671 9326

RMN: CLS - Espalda

TECNICO: Alexander

AUXILIAR: Cecil

IMAGENES DIAGNOSTICAS

1792872

Fecha: 08/03/2017 4:15:00pm
Enviar a: PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP
Doctor: VANESSA TOVAR LLANOS
Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENC
Estudio.: 1792872
HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO POR ANESTESI
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBO

Valoración pre-anestésica

Registro de Anestesia Página: 1/1 Código: R-CIR-0013 Versión No. 2 Fecha de creación: abril de 2013

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de diligenciamiento: 08 | 03 | 2017 — Fecha de cirugía: 08 | 03 | 2017 — Hora:

Nombres y Apellidos	Sexo	Edad	Ocupación	Entidad
JAN CARLO ZAPPAROTA VALENCIA	F ☐ M ☒	Día(s) ☐ Mes(es) ☐ Año(s) ☒ 51		Coomeva MP

Diagnóstico	Procedimiento	Cirujano
Radiculopatía L4-L5	RM Columna lumbosacra.	

ANTECEDENTES

QUIRÚRGICOS Hemorragia - Infección

ANESTÉSICOS (General, Regional) NVPO - Hipotermia - Dolor incontrolado - Insomnio - Agitación

MÉDICOS (CV, Respiratorio, Renal, Hematológico, Endocrino, GI, Inmunológico, Neurológico, Psiquiátrico, Neuromuscular, Piel)

Medicamentos: Dolor lumbar continuo

Alérgicos

sionales

urgicos: Radiculopatía L4-L5 Posqx Cirugía de columna lumbar

Tóxicos - Adicciones

Ginecoobstétricos: FUM: claustrofobia

ANTECEDENTES FAMILIARES: Problemas de anestesia - Alergias - Hemorragias - Hipercoagulación - Anemias - Musculares - Otros

EXAMEN FÍSICO

Apariencia general:

Presión arterial mmHg	Sentado / Decúbito	Frecuencia cardiaca Latidos/min	Frecuencia respiratoria Respirac./min	Pulsoximetría %	Temperatura °C	Peso Kg	Talla m	IMC
130/75	☐ / ☐	82	16	99				

Cabeza y cuello:

Lentes de contacto	☒ No ☐ Si	Masas en cuello	☒ Si ☐ No		
Apertura Oral	☒ > 3cm ☐ < 3cm	Mallampati	☒ 2 ☐ 3 ☐ 4		
Dientes Flojos	☒ No ☐ Si	D. Tiromentoniana	☒ > 6.5cm ☐ < 6.5cm		
Protrusión Dental	☐ Si ☒ No	D. Esternomentoniana	☒ > 12cm ☐ < 12cm		
Prótesis	☒ No ☐ Si				

Tórax:

Ruidos cardíacos: ☒ Normal ☐ Anormal — Explique:

Auscultación pulmonar: ☒ Normal ☐ Anormal — Explique: traquea anterior. Ronca.

man

refiere dolor lumbar continuo

Extremidades: Fácil venopunción para líquidos endovenosos - Insuficiencia venosa - Edemas - Test de Allen

Ok

Espalda: Fácil para conductivo

Otros

EXÁMENES

Hb/Hcto		Glicemia		TSH		P da O
Leucocitos		Creatinina		Albúmina		EKG / ECO / Esfuerzo / Cateterismo
Plaquetas		Na+				Rayos X de tórax
TP		K+				Otros estudios
PTT		Cl-				

PLANES

Riesgo: ASA 2 NYHA Glasgow 15/15 Otras

Preoperatorio: Premedicación: Ayuno: Profilaxis TVP/TEP: Profilaxis antibiótica (PPS): Hemoderivados: Preparación de colon: ☐

Operatorio: Sedación | A. Local | A. Conductiva | A. General | IOT | INT | LMA | C. Nasal — Monitoría: Compresión neumática: ☐

Postoperatorio: Analgesia: Ambulatorio | Hospitalizado | Intermedio | UCI | UCI-Pediátrica | UCI-RN

Interconsultas: Otros:

Nombre del anestesiólogo y firma:

Consentimiento para procedimientos anestésicos

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Yo, Silvana Zapparrata Valencia identificado con documento de identidad; Tipo [1] _____
No. 31395094, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología del Centro Médico Imbanaco, a realizar en mi o en el (la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica: RM Columna lumbosacra

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el anestesiólogo empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración.

Técnica general y sedación: Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión de labios y/o dientes, laringoespasmo, bronco espasmo, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognoscitivas y psicomotoras, sueños o recuerdos intraoperatorios, infarto, tromboembolismo pulmonar, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorespiratorio y muerte.

Técnica conductiva neuroaxial: Hematoma, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, vejiga miogénica o retención urinaria, paro cardiorespiratorio y muerte. Además se me explica el manejo del dolor con analgesia peridural ambulatoria con bombas PCA la cual tiene los mismos riesgos de la técnica conductiva.

Bloqueos Regionales: Neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o escoriaciones piel, paro cardiorespiratorio y muerte.

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos impredecibles como reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, productos sanguíneos, y/o elementos de monitoría.

La anestesia será administrada por uno de los anestesiólogos socio o adscrito del Centro Médico Imbanaco, entendiendo también que puede participar más de uno si llega la hora de cambio de turno.

Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos, y gineco-obstetricos, incluyendo la capacidad de estar embarazada, así como las alergias, consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoría invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos, y potenciales complicaciones.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE
Firma: Silvana Zapparrata V
Documento de identidad: Tipo: No: 31395094

TESTIGO
_____ Firma: _____
Nombre: _____
Documento de identidad: Tipo: No:

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente/ tutor comprende(n) completamente lo que he explicado.

MÉDICO ANESTESIÓLOGO
Firma: YOLIMA PUPO
Sello 31.958.928
Fecha de diligenciamiento 07 (DD) 03 (MM) 2017 (AA)

1 Tipo: CC: Cédula de ciudadanía; CE: Cédula de extranjería; PA: Pasaporte.

Evaluación previa a la inducción

Fecha: **ASA** 1 **TA** **FC** **FR** **TEMP** **Sat 02:**

Medicamentos _____

1. Responda los cambios de su salud desde la pre-anestesia hasta el día de hoy:

¿Tiene tos o catarro? Si ☐ No ☒ ¿Esta orinando bien? Si ☒ No ☐ Tiene heridas o pus en la piel? Si ☐ No ☒
¿Ha tenido cefalea o mareos? Si ☐ No ☐ ¿Tiene cólicos abdominales o diarrea? Si ☐ No ☐
¿Tiene algo que agregar usted que considere importante, antes de la anestesia? Si ☐ No ☐ Esta usted en ayuno? Si ☐ No ☐
¿Cuánto tiempo de Ayuno? 8h. Tiene exámenes solicitados en la pre-anestesia pendientes? Si ☐ No ☒
¿Cuáles? _____

Firma del médico

Registro Anestésico

Fecha: 07/03/2017

PACIENTE: Jan Carlo Zapparata

Diagnósticos: Dolor lumb - severo

Procedimiento: RM Columna lumbosacra

Anestesiólogos: YOLIMA PO

Cirujano:

Ayudante:

Instrumentadora:

Circulante:

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

ANESTÉSICOS

FiO2 O2 2

SpO2

EVENTOS IOP

	15 - 16
EKG	RS - RS - RS
SpO2	99 - 99 - 99
EtCO2	
TEMP	N - N - N
BIS	
RNM	
Diuresis	
PVC	

Hora

200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 35 30 25 20 15 10 5

Técnica Anestésica

- [ ] General Inhalatoria
- [ ] Intravenosa
- [ ] Multimodal
- [ ] Peridural
- [ ] Espinal

Aguja No. _____ Catéter _____

Nivel punción _____

Nivel anestésico _____

Bloqueo _____

- [x] Sedación
- [ ] Local controlada

Vía Aérea

- [x] Cánula
- [ ] Máscara
- [ ] LMA
- [ ] Frastrach
- [ ] Proseal
- [ ] Flexible
- [ ] IOT
- [ ] INT
- [ ] Fibroscopia

Tubo doble luz

- [ ] Derecho
- [ ] Izquierdo
- [ ] Sellick
- [ ] Conmack

No. _____

VENTILACIÓN

Modo: _____

FR: _____

VM: _____

Pva: _____

Peep: _____

Nota entrega anestesiólogo

FIRMA

Eventos Intraoperatorios

1.	Midazolam 4mg
2.	Ketamina 30 mg
3.	Fentanyl 100µg
4.	Propofol 150 mg
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11	
12	
13	
14	
15	
16.	
17	
18	

GASES SANGUINEOS

Hora	pH	pCO2	paO2	HCO3	SAT	BE	LACT

BALANCE DE LIQUIDOS

Eliminados		Administrados	
Déficit		Lactato Ringer	
Pérdidas insensibles		Solución salina	
Diuresis		Coloides	
Sangrado		Sangre	
Otros		Glóbulos rojos	
		Otros	
Total		Total	

Traslado a:

- [ ] Fase I de recuperación Anestésica
- [x] Fase II de recuperación Anestésica

UCIM UCI UCI- P UCI- RN

Tiempos

Inicio de anestesia
Inicio de cirugía
Fin cirugía
Fin anestesia

Traslado de quirófano a la Unidad de Cuidados Postanestésicos

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Sticker

Hora de traslado | Complicaciones Intraoperatorias

INGRESA CON

- ☐ Canalización venosa
- ☐ Canalización arterial
- ☐ Hemovac
- ☐ Catéter Peridural
- ☐ Catéter Central
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Tubo Endotraqueal
- ☐ Tubo de Tórax
- ☐ Sonda Nasogástrica Drenaje
- ☐ Otro(s), ¿ Cual(es)? _____

VALORACIÓN DE ACUERDO ANESTESIA RECIBIDA A LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

ESCALA DE ALDRETTE

SPO2	2	Capaz de mantener saturación de Oxígeno >92% en aire ambiente.
	1	Requiere Oxígeno para mantener saturación de Oxígeno mayor a 90%.
	0	Saturación de Oxígeno < a 90% incluso con suplemento de oxígeno.
CIRCULACION	2	TA+-20% del nivel preanestésico.
	1	TA+-20%-49% del nivel preanestésico.
	0	TA+-50% del nivel preanestésico.
RESPIRACION	2	Capaz de respirar profundamente o toser libremente.
	1	Apnea, respiración limitada o taquipnea.
	0	Apneico o con respiración artificial.
MOVIMIENTO	2	Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo órdenes.
	1	Capaz de mover las 2 extremidades voluntariamente o bajo órdenes.
	0	Capaz de mover 1 extremidad voluntariamente o bajo órdenes.
CONCIENCIA	2	Despierto.
	1	Despierta al llamado.
	0	Dolor agudo que requiere medicación parenteral
TOTAL		

ESCALA BROMAGUE

0.	No bloqueo motor.
1.	Capacidad de sentarse.
2.	Capacidad de flexionar la rodilla con ausencia de debilidad.
3.	Inhabilidad para levantar la pierna extendida , puede mover la rodilla.
4.	Inhabilidad para flexionar la rodilla, puede mover el pie solamente.
5.	Inhabilidad para flexionar el tobillo, inhabilidad para mover el pie y la rodilla.

ESCALA RAMSAY

Nivel 1	Paciente agitado, ansioso o inquieto.
Nivel 2	Paciente cooperador, orientado y tranquilo.
Nivel 3	Dormido con respuesta a órdenes.
Nivel 4	Dormido con breves respuestas a la luz y el sonido.
Nivel 5	Dormido con respuesta sólo al dolor.

Eventos detalles del traslado

Órdenes médicas por anestasiólogo para la U.C.P.A.

Hora de alta y de salida UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTESICOS

Firma del médico

JAN CARLO ZAPPARRATA

REHABILITACION Y ACONDICIONAMIENTO FISICO
UNIDAD DE ELECTRODIAGNOSTICO - CENTRO MEDICO IMBANACO

Patient Information

ID	16.719.326	In/Out Patient	Out
Name	JAN CARLO ZAPPARRATA	Refer Dept.	Internal
Date of Birth	27/10/1965	Physician	
Age	51yrs		
Sex	Male	Examination Date	08/03/2017
Height			
Weight			
DOLOR MID, HACE 3 SEMANAS CX DE COLUMNA LUMBAR			

Motor Nerve Conduction Study

Site	Latency (ms)	Amplitude	Area	Segment	Distance (mm)	Interval (ms)	NCV (m/s)	NCV MD
Sural, L								
Wrist	3,1ms	18,71mV	27,82mVms	Wrist	140mm	3,10ms	50,3m/s	
Sural, R								
Wrist	3,15ms	22,91mV	32,51mVms	Wrist	140mm	3,15ms	50,1m/s	
Tibial, L								
Ankle	4ms	30,69mV	41,66mVms	Ankle		4,00ms		
Popliteal	14,15ms	18,73mV	30,74mVms	Ankle - Popliteal	480mm	10,15ms	47,3m/s	
Peroneal, L								
Ankle	3,45ms	8,87mV	11,69mVms	Ankle		3,45ms		
Head of fibula	13,05ms	7,71mV	9,82mVms	Ankle - Head of fibula	390mm	9,60ms	45,3m/s	
Tibial, R								
Ankle	3,9ms	28,25mV	30,53mVms	Ankle		3,90ms		
Popliteal	13,8ms	19,49mV	35,32mVms	Ankle - Popliteal	480mm	9,70ms	49,5m/s	
Peroneal, R								
Ankle	3,5ms	2,18mV	3,33mVms	Ankle		3,50ms		
Head of fibula	12,7ms	1,92mV	3,30mVms	Ankle - Head of fibula	390mm	9,20ms	42,4m/s	

EMG Measurement Table

Muscle	Side	Duration	Amp.	Phases	Turns	Area	Rate
Gastroc Medial H	B						

EMG Findings Summary

Muscle/Side		Ins. Act.	Fibs.	Pos. Waves	Fasc.	MUP. Durat.	Normal MUP	Poly	Low Amp.	High Amp.	Dur.	Recruit	Int. Pat.
Paraspinal Lumbar	R	Normal	+1	+1	0	0	0	N	0	0	Normal	Full	Full
Paraspinal Sacral	B	Normal	0	0	0	0	0	N	0	0	Normal	Full	Full
Gluteus Maximus	B	Normal	0	0	0	0	0	N	0	0	Normal	Full	Full
Vastus Medialis	B	Normal	0	0	0	0	0	N	0	0	Normal	Full	Full
Tibialis Anterior	R	Normal	+1	+1	0	0	0	N	0	0	Normal	Full	Full
Peroneus Longus	R	Normal	+1	+1	0	0	0	N	0	0	Normal	Full	Full
Gastroc Medial H	B	Normal	0	0	0	0	0	N	0	0	Normal	Full	Full

Impression

1. Neuroconduccion motora de nervio peroneo izquierdo y tibial bilateral con latencias, amplitudes y velocidades de conduccion normales.
2. Neuroconduccion sensorial de nervio sural bilateral con latencias, amplitudes y velocidades de conduccion normales.
3. Discreta caida en la amplitud de peroneo derecho
4. Electromiograma de musculos descritos en la tabla con actividad insercional y reclutamiento normales, patron de interferencia completo, unidades motoras de aspecto normal y signos de inestabilidad de membrana para toxicidad D derecho.

CONCLUSION
ESTUDIO ANORMAL. Evidencia electrofisiologica en el momento de UNA LESION AXONAL PARCIAL DE RAIZ L5 DERECHA AGUDA.

Electromiografia x3, Neuroconduccion x6.

Date 08/03/2017

Signature: Dr Oscar Alexander Alvarez

Dr. Oscar Alexander Alvarez R.
Medico Fisiatra
R.M. 76975/09
Centro Medico Imbanaco de Cali S.A.

PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

PLAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/51 A os/Masculino
Tel:3747428/AVDA 8 NORTE NO. 10 - 98
Serv:HOSPITALIZACION
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORD
NroEstudio:8
Ubi:HABITACION 816 T
5593096

Fecha de ingreso del paciente a Hospitalización: 6 / 03 / 17

Nombre completo del Paciente: Jan Carlo Zapparata Valencia

Numero de Identificación: 16719326 Edad: 51 Peso: 90 Kg Talla: ____ cm

Diagnostico: Espondilais lumbar Antecedentes: descomp instrum. lumbosacra L5 S1

Medico Tratante: Dr Fuentes Especialidad: Ortopedia Habitación: 816

Entidad: CMP Enfermera Jefe que abre y/o revisa el Kardex: Lorenz F Página 1 2 3

FECHA INICIO	INFUSIONES ENDOVENOSAS	cc/hora	FECHA DE SUSPENSIÓN
16 03 17	L Ringer	80cc	dd/mm/aa

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
6 03 17	Clexane 40mg	40mg	c/24h	Sc	12	
6 03 17	Nexium 40mg	40mg	c/dz	EV	16	
6 03 17	Acetaminofen 500mg	1gr	c/8h	VO	8 16 24	
6 03 17	Alprazolam 0.25mg	0.25mg	DM:	VO	20 EN CASO	INSOMNIO
6 03 17	Alprazolam 0.25mg	1/2 tb	2 v/día	VO	08 - 14	
7 03 17	Venetto parches	2 parches	c/dz	cara lateral pierna derecha		
7 03 17	Amitriptilina 25mg	25mg	c/dz	VO	20	
7 03 17	Dalsy x 5mg	1 tb	c/12h	VO	6 - 18	
7 03 17	Lyrica 150mg	150mg	c/12h	VO	10 - 22	
13/03/17	Bloqueino	1	C/6Hr	CAD	06-12-18-24	
14-3-17	Oxycontin x 10mg	1 tb	c/12h	VO	8 - 20	
14-3-17	Carbamazepina x 200mg	1 tb	c/12h	VO	8 - 20	

CONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
6 03 17	Metformina 850mg	850mg	c/dz	VO	13	
6 03 17	Glibenclamida 5mg	5mg	c/dz	VO	7	
6 03 17	Enalapril 5mg	5mg	c/12h	VO	7 - 19	
6 03 17	Zyprexa	15mg	c/dz	VO		

DIETA:

Normal

Alergias alimenticias:

Observaciones de Dietas:

Hipoglucida

CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Hay plan de cuidados de enfermería relacionado con el diagnóstico **SI** ☐ **NO** ☐

Nombre del plan: _____

Registre aquí los cuidados de enfermería a realizar, si no hay un plan predeterminado:

Control S V

Cuidados

manejo / dolor

Avisar Cambios

Tf 1 V/dz

Riesgos Identificados (SI / NO): Alergias ___ Caídas___ UPP___ Aislamiento____OTRO:_____

DISPOSITIVOS INVASIVOS

CATETERES CENTRALES, EPIDURALES Y OTROS

Tipo de Catéter	Fecha de inserción	Fecha de curación	Fecha de cambio de equipo	Fecha de Retiro
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa

VENOPUNCIONES PERIFERICAS

Fecha de inserción	Fecha de cambio de venopunción	Fecha de cambio de Equipo	Flebitis
dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	SI☐ NO☐
dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	
dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	

DRENAJES, SONDAS Y OSTOMIAS

Tipo de drenaje y/o sonda	Fecha de inserción	Cuidado especial
	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	

ESQUEMA DE INSULINA

RESERVA DE HEMODERIVADOS (Cantidad y Fecha de Reserva)

GLOBULOS ROJOS: FECHA:
PLAQUETAS: FECHA:
PLASMA: FECHA:
CRIOPRECIPITADO: FECHA:
OTROS: FECHA:

EXAMENES DIAGÓSTICOS PENDIENTES POR REALIZAR

RX:

RMN:

ESCAN:

OTROS:

LABORATORIOS POR TOMAR Y RESULTADOS ALARMA

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PENDIENTES Y OTROS

Procedimiento	Fecha	Hora	Lugar	Autoriz.	Consen Inform.
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

INTERCONSULTAS PENDIENTES

Fecha de solicitud	Especialidad	Nombre del médico	Valoró
			SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐

OTROS:

PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

PLAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/51 A os/Masculino
Tel:3747426/AVDA 8 NORTE NO. 16 - 58
5593096
Serv:HOSPITALIZACION
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:0
Ubi:HABITACION 816 T

Fecha de ingreso del paciente a Hospitalización: 6 / 3 / 17

Nombre completo del Paciente: Jan Carlo Zapparrata. Valencia.

Numero de Identificación: 16719326 Edad: 57 Peso: 90 Kg Talla: ____ cm

Diagnostico: Espondilosis. dolor lumbar Antecedentes: pop descompresion instrumentacion lumbosacra L5-S1 19 días

Medico Tratante: Dario Fuentes Especialidad: Ortopedia Habitación: 816

Entidad: Coom HP. Enfermero Jefe que abre y/o revisa el Kardex: Andrea M Página 1 2 3

FECHA INICIO	INFUSIONES ENDOVENOSAS	cc/hora	FECHA DE SUSPENSIÓN
1-3-17	Lactato Ringer 500.	80	
1-3-17	Oxymorfina Analgesia 1mg/hr - Bolos 1mg c/15m.		

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
6-3-17	Morfina x 10 mg	2 mg	c/6h	EV	04-10-16-22	Cambio
6-3-17	Paracetamol 1 gr	1 gr	c/6h	EV	12-18-24-06	6-3-17
6 3 17	Clexane x 40 mg	40 mg	c/dia	SC	12.	
6 3 17	Nexium x 40 mg	40 mg	c/dia	EV	16.	
6 3 17	Lyrica x 75 mg	75 mg	c/12h	VO	10 - 22.	Cambio
6 3 17	Morfina x 10 mg	1 mg	Rescate	EV		Cambio
6 3 17	Acetaminofen x 500 mg	1 gr	c/8h	VO	8 - 16 - 24	
6/3/17	Glucometria	1 Pinc		cap	Post prandial	
6/3/17	Alprazolam x 0,25	0,25	Qd	VO		
7/3/17	Clpratolam x 0,25mg	1/2 tab	2V/dia	VO	08-14	
7/3/17	Clpratolam. 0,25mg	0,25mg	Cnoche	VO	En caso insomnio	
2/3/17	morfina x10mg	4mg	C/6hs	EV	04-10-16-22	7/3/17
7/3/17	morfina x10mg	2mg	Rescate	EV		12/3/17
7/3/17	Versatis Parches	2 Parches	C/dia	cada mañana	Retirar Piel	16
7/3/17	Amitriptilina x 25mg	25mg	C/dia	VO	20	

CONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
6 3 17	Metformina x 850 mg	850mg	C/dia	VO	13	
6-3-17	Glibenclamida x 5 mg	5 mg	c/dia	VO	07	
6-3-17	Enalapril x 5 mg	5 mg	C/12h	VO	9 - 19.	
	Zopiclona	15mg	c/dia	VO		

DIETA: Normal

Alergias alimenticias:

Observaciones de Dietas: Hipoglucida

CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Hay plan de cuidados de enfermería relacionado con el diagnóstico SI ☐ NO ☐

Nombre del plan: _____

Registre aquí los cuidados de enfermería a realizar, si no hay un plan predeterminado:

control signos Vitales

cuidados cateter Venoso

Manejo del dolor

Aviso cambios

-Fluidos T...

Riesgos Identificados (SI / NO): Alergias ___ Caídas___ UPP___ Aislamiento____OTRO:_____

DISPOSITIVOS INVASIVOS

CATETERES CENTRALES, EPIDURALES Y OTROS

Tipo de Catéter	Fecha de inserción	Fecha de curación	Fecha de cambio de equipo	Fecha de Retiro
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa

VENOPUNCIONES PERIFERICAS

Fecha de inserción	Fecha de cambio de venopunción	Fecha de cambio de Equipo	Flebitis
dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	SI☐ NO☐
dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	
dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	

DRENAJES, SONDAS Y OSTOMIAS

Tipo de drenaje y/o sonda	Fecha de inserción	Cuidado especial
	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	

ESQUEMA DE INSULINA

RESERVA DE HEMODERIVADOS (Cantidad y Fecha de Reserva)

GLOBULOS ROJOS:
FECHA:

PLAQUETAS:
FECHA:

PLASMA:
FECHA:

CRIOPRECIPITADO:
FECHA:

OTROS:
FECHA:

EXAMENES DIAGÓSTICOS PENDIENTES POR REALIZAR

RX:

RMN:

ESCAN:

OTROS:

LABORATORIOS POR TOMAR Y RESULTADOS ALARMA

PTT 39
46 14

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PENDIENTES Y OTROS

Procedimiento	Fecha	Hora	Lugar	Autoriz.	Consen Inform.
				SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

INTERCONSULTAS PENDIENTES

Fecha de solicitud	Especialidad	Nombre del médico	Valoró
			SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐

OTROS:

PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

PLAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/51 A os/Masculino
Tel:3747420/AVDA 8 NORTE NO. 10 - 90
Serv:HOSPITALIZACION
Enf:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:8
Ubi:HABITACION 816 T
5593096

Fecha de ingreso del paciente a Hospitalización: 6 / 3 / 2017

Nombre completo del Paciente: Jan Carlo Zapparrata Valencia

Numero de Identificación: 16719326 Edad: 51 años Peso: ____ Kg Talla: ____ cm

Diagnostico: Peg. Reacion amigdalina Antecedentes: ____

Medico Tratante: Casas Especialidad: Ortopedia Habitación: 816

Entidad: Coom M-P Enfermera Jefe que abre y/o revisa el Kardex: Adesom Página 1 2 3

FECHA INICIO	INFUSIONES ENDOVENOSAS	cc/hora	FECHA DE SUSPENSIÓN
11/3/17	LR	80	
	Oxycodid analgesia Imp Hr.		
	Polos (15m		

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
10-3-17	Aztreonam x 1g	1 gramo	c/8h.	EV	29 - 8 - 16	16:00 11-3-17
10-3-17	Vancomicina x 500mg	1 gramo	c/12h	EV	10 - (27)	18:00 11-3-17
10/3/17	Dulcolax 5mg	1 tab	c/12h	VO	6 - 18.	
10/3/17	Aztreonam x 1gr.	1 gr	c/8h	E-V	10 - (8) - 2	Kardex
13/03/17	Tylex x 750mg IV	150mg	c/12Hr.	VO	10-22	

CONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN

DIETA:

NI

Alergias alimenticias:

Observaciones de Dietas:

Hipoglucida

CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Hay plan de cuidados de enfermería relacionado con el diagnóstico SI ☐ NO ☐

Nombre del plan:_____

Registre aquí los cuidados de enfermería a realizar, si no hay un plan predeterminado:

Riesgos Identificados (SI / NO): Alergias ___ Caídas___ UPP___ Aislamiento____OTRO:_____

DISPOSITIVOS INVASIVOS

CATETERES CENTRALES, EPIDURALES Y OTROS

Tipo de Catéter	Fecha de inserción	Fecha de curación	Fecha de cambio de equipo	Fecha de Retiro
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa
	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa

VENOPUNCIONES PERIFERICAS

Fecha de inserción	Fecha de cambio de venopunción	Fecha de cambio de Equipo	Flebitis
dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	SI☐ NO☐
dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	
dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	

DRENAJES, SONDAS Y OSTOMIAS

Tipo de drenaje y/o sonda	Fecha de inserción	Cuidado especial
	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	

ESQUEMA DE INSULINA

RESERVA DE HEMODERIVADOS (Cantidad y Fecha de Reserva)

GLOBULOS ROJOS:
FECHA:

PLAQUETAS:
FECHA:

PLASMA:
FECHA:

CRIOPRECIPITADO:
FECHA:

OTROS:
FECHA:

EXAMENES DIAGÓSTICOS PENDIENTES POR REALIZAR

RX:

RMN:

ESCAN:

OTROS:

LABORATORIOS POR TOMAR Y RESULTADOS ALARMA

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PENDIENTES Y OTROS

Procedimiento	Fecha	Hora	Lugar	Autoriz.	Consen Inform.
				SI ☐ NO☐	SI ☐ NO☐
				SI ☐ NO☐	SI ☐ NO☐
				SI ☐ NO☐	SI ☐ NO☐

INTERCONSULTAS PENDIENTES

Fecha de solicitud	Especialidad	Nombre del médico	Valoró
			SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐

OTROS:

Tafenlacid Wihay clinica

Pl cokungo

Centro Médico Imbanaco — Vocación de Servicio	LISTA DE CHEQUEO PARA EL INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES AL PROCESO DE HOSPITALIZACION	Página: 1 de 2 Código: R-HOSP-014 Versión: 3 Fecha: Febrero 2017

Objetivo: Validar las condiciones de ingreso del paciente mediante la aplicación del cumplimiento de prácticas clínicas seguras en su atención hospitalaria y asegurar la educación al paciente y su familia.

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/51 A os/Masculino
Tel:3747428/AVDA 8 NORTE NO. 1B - 98
Serv:HOSPITALIZACION
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:0
Ubi:HABITACION 016 T
5593096

FECHA: MAY 06/17 HORA: 17:02 HAB.: 816.

No.	ITEMS DE VERIFICACIÓN EN EL RECIBO DEL PACIENTE	SI	NO	N/A
1	Recibo paciente correcto en la habitación asignada	✓		
2	Paciente tiene brazalete con datos de identificación correctos(Nombres y apellidos, así como número de identificación)	✓		
3	Paciente tiene sticker lila que identifica riesgo de caída.			✓
4	Paciente tiene sticker naranja que identifica alergias.		✓	✓
5	Paciente tiene hoja de transferencia con identificadores correctos.	✓		
6	Paciente con signos vitales estables al ingreso a su hospitalización.	✓		
7	Paciente con órdenes médicas de hospitalización registradas en la historia clínica.	✓		
8	Paciente con consentimiento informado firmado correctamente diligenciado	✓		
9	Cuando el paciente toma medicamentos en casa, se deja registrado en Kardex la conciliación medicamentosa que el medico autorice.	✓		
10	Paciente con punción venosa permeable.	✓		
11	Paciente presenta signos de flebitis en la punción venosa		✓	
12	Paciente presenta piel Integra	✓		
13	Si ingresa materna con recién nacido, reviso en el Recién Nacido: Actividad, color de piel, estado del ombligo y estado del pañal.			✓

EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA

La siguiente información y educación que va a recibir le gustaría que fuera: **(L)** Específica (Detallada) o de manera **(H)** General. Además aprendería más si fuera **(A)**- Escuchada (V)- Leída (K)- Explicada

	Se realizó entrega y educación SOBRE:	SI	NO	N/A	VAL	R
1	Inventario de la habitación y se le explica al paciente, familiar y/o acompañante el uso de llamado de enfermería, teléfono, TV, cama hospitalaria, aire acondicionado y control remoto	✓				
2	Manejo del cajón de seguridad de la habitación, dando las indicaciones.	✓				
3	a) El uso permanente (SIEMPRE) de la manilla de identificación durante la estancia hospitalaria del paciente b) La importancia de que el personal deberá realizarse SIEMPRE Higiene de manos antes de la atención del paciente. c) El cumplimiento de los Derechos y deberes del paciente y se entrega folleto educativo. d) El Plan de Evacuación y emergencias y se entrega folleto educativo. e) La clasificación correcta de residuos (Recipiente: Gris-rojo-verde) y se entrega folleto educativo. f) El sistema para dejar una queja y/o sugerencia de la atención. g) La Guía Hospitalaria y el uso durante su estancia. h) El registró en la nota de enfermería de la información, educación realizada y manejo oportuno del dolor.	✓				
	En casos de requerirlo se entrega y/o brinda educación sobre:					
4	Folleto y sensibilización de cuidados de la madre en el postquirúrgico					✓
5	Folleto y sensibilización de la lactancia materna					✓
6	Folleto y sensibilización de cuidados en el RN					✓
7	Caso de requerir llevar al RN a algún procedimiento por fuera de la habitación siempre debe ir acompañado de un familiar.					✓
	Val.: Validación a través de mencionar los ítems en forma de pregunta, con un puntaje de (1) si se responde de manera adecuada y (0) si no se responde **R:** Refuerzo. *La educación se reforzará después del 5to día de estancia. Si uno de los ítems dio como resultado cero (0), se deberá efectuar refuerzo inmediatamente.*	**TOTAL**				

Yo JAN CARLO ZAPPARRATA identificado con la cédula de ciudadanía 16719326, recibí la educación antes mencionada, verificando mi comprensión con preguntas frente a cada tema y autorizo al equipo de salud del Centro Médico Imbanaco a brindar información sobre mi estado clínico a SILVANA ZAPPARRATA parentesco HIJA y a JAELA GOMEZ parentesco AMIGA números de contacto 3212763349

Firma del paciente y/o familiar responsable:

Nombre del personal de enfermería que recibe el paciente: Natalia Moro S

816

Centro Médico Imbanaco — Vocación de Servicio	LISTA DE CHEQUEO PARA EL INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES AL PROCESO DE HOSPITALIZACION	Página: 2 de 2 Código: R-HOSP-014 Versión: 3 Fecha: Febrero 2017

FECHA: 15-3-17 HORA:_____ HAB.: 816

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/51 A os/Masculino
Tel:3747428/AVDA 6 NORTE NO. 10 - 58
Serv:HOSPITALIZACION
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:0
Ubi:HABITACION 816 T
5593096

No.	ACTIVIDADES AL EGRESO DEL PACIENTE	SI	NO	N/A
1	Reviso orden de salida, Formula médica e incapacidad firmada por el médico tratante, así como diligenciamiento de la encuesta de satisfacción al usuario.	✓		
2	Explico a pacientes y/o acompañante tramites de egreso.	✓		
3	Entrego ayudas diagnósticas y autorizaciones que se requieren para el egreso dejando Evidencia de recibido.			✓
4	Entrego formula médica con la correspondiente explicación de la administración de medicamentos en casa a paciente y/o acompañante dejando evidencia con firma de recibido.	✓		
5	Brindo educación a paciente y/o acompañante sobre, cuidados en casa, alimentación, signos de alarma, dejando evidencia en H.C enfermería (nota de educación).	✓		
6	Brindo educación a paciente y/o acompañante sobre cuidados y manejo de sondas, ostomias, heridas, catéter central, dejando evidencia en H.C la nota de educación por el personal a cargo (Terapia Enterostomal y/o Enfermería).		✓	
7	Realizo retiro de catéter venoso periférico, tapón heparinizado, sondas, según orden médica.	✓		
8	Recibo Inventario de habitación, verifico que no queden pertenencias del paciente, solicito firma de recibo de habitación con nombre legible y fecha.	✓		
9	Realizo nota de enfermería de egreso en H.C Sistematizada, indicando estado clínico del Paciente al salir del servicio.	✓		
10	Verifico entrega de llave de cajón de seguridad.	✓		

OBSERVACIONES:

Paciente egresa con Hospital en Casa SI NO

Yo, Jan Carlo Zapparrata identificado con cédula número: 16719326, recibí formula médica con las explicaciones correspondientes por parte del profesional de Salud.

Firma _____

FIRMA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA _____

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS CON ANESTESIÓLOGO

Página: 1/1
Código: R-IMADX-0042
Versión No: 2

IMAGENES DIAGNOSTICAS

1792872

Fecha: 08/03/2017 4:15:00pm
Enviar a: PISO 8 (TORRE NORTE) HOSP
Doctor: VANESSA TOVAR LLANOS
Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
Estudio.: 1792872
HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO POR ANESTESIA DE RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACR

Se verifica:

ADMISIÓN DEL PACIENTE	SI	N
Verifico identificación del paciente (con los dos identificadores).		
Verifico autorización del procedimiento según orden médica.		
Verifico autorización de insumos especiales si los requiere.		
Verifico presencia de acompañante adulto.		

Firma de la secretaria _____

ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Ingreso del paciente

Verificación de datos del paciente:

	SI	NO	N/A
■ Identificación correcta del paciente.	✓		
■ Procedimiento correcto a realizar.	✓		
■ Ayuno y/o preparación correcta.	✓		
■ Antecedentes alérgicos. Cual: Ninguna	✓		
■ Consentimiento médico informado y registro de anestesia firmado.	✓		
■ Entrevista clínica por enfermería diligenciada y firmada.	✓		
■ Preparación del paciente para el procedimiento.	✓		
■ *Canalización de vena, rotulada correctamente (fecha, hora, No. catéter).*			

PROCEDIMIENTO

Pre - Trans procedimiento

Se verifica:

TÉCNICO	SI	NO	N/A
■ Verificación de funcionamiento de equipos. Resonador , escanógrafo e inyectores de medio de contraste.	✓		

AUXILIAR DE ENFERMERÍA/ MÉDICO ANESTESIÓLOGO	SI	NO	N/A
■ Máquina de anestesia lista, conectada y funcionando, incluidos gases anestésicos.	✓		
■ Monitoria requerida funcionando.	✓		
■ Acceso venoso permeable.	✓		
■ Laringoscopio, tubos y máscaras disponibles.	✓		
■ Set de medicamentos de anestesia requeridos por el anestesiólogo completos.	✓		
■ Succión lista, conectada y funcionando.	✓		
■ Sistema del calentamiento del paciente.	✓		

DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

Recuperación

Se verifica:

	SI	NO	N/A
■ Traslado del paciente a sala de recuperación.	✓		
■ Registro de anestesia diligenciado.	✓		
■ Condiciones clínicas del paciente según escala de Aldrette.	✓		
■ Información al familiar sobre estado del paciente.	✓		
■ Tolerancia de vía oral líquida y/o diuresis.	✓		
■ Se retira acceso venoso.	✓		

World Health Organization

Se verifica:

SALIDA DEL PACIENTE	SI	NO	N/A
Paciente sale con acompañante adulto.	✓		
Se le informa al familiar dia para reclamar los resultados del procedimiento.		✓	✓
Entrega de pertenencias.			✓
Se dan recomendaciones sobre cuidados posteriores en casa.			✓

FIRMA MÉDICO RADIÓLOGO | FIRMA MÉDICO ANESTESIÓLOGO | FIRMA AUXILIAR DE ENFERMERIA | FIRMA JEFE ASISTENCIAL

**Esta lista de chequeo es una modificación de la sugerida por la OMS y comité de seguridad SCARE.*

Imbanaco	VALORACIÓN RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE Y MEDIDAS PREVENTIVAS	Página: 1/1 Código: R-URG-0029 Versión No: 4 Fecha de actualización: 10/05/2016

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE: 6/3/17.

NOMBRE DEL PACIENTE: Jan Carlo Zapparata V.

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 1671328/51 M os/Masculino
Tel:3747428/AVDA 8 NORTE NO. 18 - 58
Serv:Urgencias
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:0
Uni:
5591625

Procedimiento:

1. Evaluar los criterios clínicos en el ingreso del paciente al Servicio de Urgencias y durante su estancia, diariamente en el turno de la mañana en el momento de la toma de signos vitales.
2. Aplicar las medidas preventivas diariamente en los pacientes que presenten RIESGO DE CAIDA.

CRITERIOS CLÍNICOS A EVALUAR DIARIAMENTE	APLICA 1	2	3	4	5
Paciente con antecedente de caida.					
Es un paciente menor de 5 años o mayor de 70 años.					
limitación en la marcha o está alterada y/o necesita ayuda de aparatos ortopédicos para caminar	✓				
Diagnóstico: vértigo, patología coronaria o sangrado digestivo u otra que favorezca la caída					
Postquirúrgico en sus primeras 24 horas					
Esta bajo el efecto de medicamentos como: sedantes, relajantes, hipnóticos.					
Estado de conciencia o problemas neurológicos (agitación, confusión, desorientación, crisis convulsivas, depresión y riesgo suicida)					

Se consideran pacientes con alto riesgo de caida, aquellos que presentan al menos 1 criterio de los arriba mencionados.

AL IDENTIFICAR EL PACIENTE CON ALTO RIESGO DE CAIDA, COLOCARLE EN EL BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN EL STICKER COLOR LILA.

PERSONAL DE ENFERMERIA QUE APLICA LOS CRITERIOS: Katherin A.

FIRMA DEL PACIENTE O ACOMPAÑANTE: C.c 94505462.

APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA	1°Dia	2°Dia	3°Dia	4°Dia	5°Dia
1. El paciente tiene colocado el slicker color LILA que identifica el riesgo de caida del paciente.y se realiza educación al paciente y familia sobre el significado del Sticker LILA.	✓				
2 Se informa al paciente, familiar o acompañante sobre la identificación del paciente con riesgo de caida, que debe permanecer con 1 acompañante **PERMANENTEMENTE** durante su estancia en el servicio y en caso que requiera el acompañante retirarse, debe informar a auxiliar. de enfermería.	✓				
3. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermeria cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama. (Debe ser con movilización asistida).	✓				
4 Se mantienen las barandas de la cama o camilla SIEMPRE ARRIBA.	✓				
5 Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando lo necesite y que solo la auxiliar de enfermeria puede bajar las barandas de la cama o camilla.	✓				
6. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo.	✓				
7 Se colocan los articulos personales y lo que requiera el paciente al alcance de su mano.	✓				
8 El paciente durante su estado agudo no debe deambular, ni dirigirse al baño. Se le debe facilitar y asistir con los elementos necesarios para realizar sus necesidades fisiológicas en la camilla dentro del cubiculo.	✓				
NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CUIDADOS:	Kate				
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:					

FECHA DE FINALIZACIÓN RIESGO DE CAÍDA:

NOMBRE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LEVANTA EL PROTOCOLO:

Centro Médico Imbanaco Vocación de Servicio	VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE Y MEDIDAS PREVENTIVAS	Página: 2/2 Código: R-HOSP-0012 Versión No: 3 Fecha de actualización: 08/10/2014

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE: Marzo 06/2017

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/61 A os/Masculino
Tel:3747428/RVDA 8 NORTE NO. 18 - 58
Serv:HOSPITALIZACION
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:0
Ubi HABITACION 816 T
5593096

Procedimiento:
1. Evaluar los criterios clínicos en el ingreso del paciente y diariamente en el turno de la mañana en el momento de la toma de signos vitales.
2. Aplicar las medidas preventivas diariamente en los pacientes que presenten RIESGO DE CAIDA.

CRITERIOS CLÍNICOS A EVALUAR DIARIAMENTE	8° Día	9° Día	10° Día	11° Día	12° Día	13° Día	14° Día
	APLICA						
Edad: Es un paciente menor de 6 años o mayor de 70 años.	1	1					
La marcha: Débil o está alterada y/o necesita ayuda de aparatos ortopédicos para caminar.							
Diagnósticos: Vértigo, patología coronaria, incontinencia urinaria, o sangrado digestivo.							
Cirugías: Postquirúrgico en sus primeras 24 horas.							
Recibe alguno de los siguientes medicamentos: sedantes, psicotrópicos, antihipertensivos, diuréticos, laxantes, relajantes musculares.							
Alteraciones de la conciencia: agitación, confusión, desorientación, depresión y riesgo suicida y/o crisis convulsivas.							

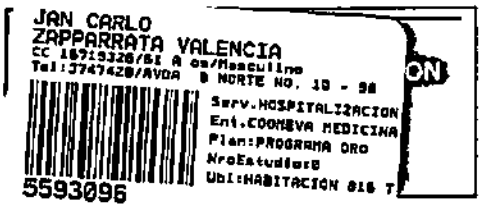
Se consideran pacientes con RIESGO de Caída, aquellos que presentan al menos 1 criterio de los arriba mencionados. AL IDENTIFICAR EL PACIENTE CON RIESGO DE CAIDA COLOCARLE EL STICKER LILA EN LA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN.

APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA	8°Día	9°Día	10°Día	11°Día	12°Día	13°Día	14°Día
SEMANA 2. FECHA:	7	9	9	10-3	11-03	12-3	13
1. El paciente tiene colocado el Sticker **LILA** en la manilla de identificación que alerta sobre el riesgo de caída del paciente y se realiza educación al paciente y familia sobre el **significado del Sticker LILA.**				Riesgo			
2. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermería cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama. (Debe ser con movilización asistida).			0				
3. Se mantienen las barandas de la cama **SIEMPRE ARRIBA** y se educa al paciente para que no baje las barandas y use el timbre de llamado de enfermería cuando requiera movilizarse.							
4. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo.							
5. Acompañar el paciente **SIEMPRE** al baño. Si el paciente no lo permite *(por el respeto a sus derechos y a su privacidad)* no dejarlo solo hasta asegurarse de que esté bien sujeto a los soportes.			0				
6. Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando necesite levantarse y que solo la auxiliar de enfermería puede bajar las barandas de la cama.							
7. Se informa a la familia que el paciente debe permanecer con un (1) acompañante **PERMANENTEMENTE.**							
8. Se informa al paciente y su familia sobre la importancia del auto cuidado del paciente y seguir las medidas preventivas.							
NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CUIDADOS:							
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:							

816

Centro Médico Imbanaco Vocación de Servicio	VALORACIÓN RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE Y MEDIDAS PREVENTIVAS	Página: 1/2 Código: R-HOSP-0012 Versión No: 3 Fecha de actualización: 08/10/2014

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE: _____



Procedimiento:
1. Evaluar los criterios clínicos en el ingreso del paciente y diariamente en el turno de la mañana en el momento de la toma de signos vitales.
2. Aplicar las medidas preventivas diariamente en los pacientes que presenten RIESGO DE CAIDA.

CRITERIOS CLÍNICOS A EVALUAR DIARIAMENTE	1° Día	2° Día	3° Día	4° Día	5° Día	6° Día	7° Día
	APLICA						
Edad: Es un paciente menor de 6 años o mayor de 70 años.	—						
La marcha: Débil o está alterada y/o necesita ayuda de aparatos ortopédicos para caminar.	—						
Diagnósticos: Vértigo, patología coronaria, incontinencia urinaria, o sangrado digestivo.	—						
Cirugías: Postquirúrgico en sus primeras 24 horas.	—						
Recibe alguno de los siguientes medicamentos: sedantes, psicotrópicos, antihipertensivos, diuréticos, laxantes, relajantes musculares.	√						
Alteraciones de la conciencia: agitación, confusión, desorientación, depresión y riesgo suicida y/o crisis convulsivas.	—						

Se consideran pacientes con RIESGO de Caída, aquellos que presentan al menos 1 criterio de los arriba mencionados. AL IDENTIFICAR EL PACIENTE CON RIESGO DE CAIDA COLOCARLE EL STICKER LILA EN LA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN.

APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA	1°Día	2°Día	3°Día	4°Día	5°Día	6°Día	7°Día
SEMANA 1. FECHA:	5/7						
1. El paciente tiene colocado el Sticker **LILA** en la manilla de identificación que alerta sobre el riesgo de caída del paciente y se realiza educación al paciente y familia sobre el **significado del Sticker LILA.**	/						
2. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermería cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama. (Debe ser con movilización asistida).	/						
3. Se mantienen las barandas de la cama **SIEMPRE ARRIBA** y se educa al paciente para que no baje las barandas y use el timbre de llamado de enfermería cuando requiera movilizarse.	/						
4. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo.	/						
5. Acompañar el paciente **SIEMPRE** al baño. Si el paciente no lo permite *(por el respeto a sus derechos y a su privacidad)* no dejarlo solo hasta asegurarse de que está bien sujeto a los soportes.	/						
6. Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando necesite levantarse y que solo la auxiliar de enfermería puede bajar las barandas de la cama.	/						
7. Se informa a la familia que el paciente debe permanecer con un (1) acompañante **PERMANENTEMENTE.**	/						
8. Se informa al paciente y su familia sobre la importancia del auto cuidado del paciente y seguir las medidas preventivas.	/						
NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CUIDADOS:							
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:							

Prevención de caídas en el paciente hospitalizado

Página: 1/1 - Código: R-HOSP-0031 - Versión No. 1 - Fecha de creación: 11/02/2013

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 1052926283 M os/Masculino
Tel-3247428/AVDA 9 NORTE NO. 1B - 56
Serv:HOSPITALIZACION
Est:CGGMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:0
Ubi:HABITACION 816 T
5593096

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Tenga en cuenta que se requiere la colaboración de la persona que acompaña al paciente para prevenir la caída.

¿Cómo puedo saber si mi familiar presenta ALTO riesgo de sufrir una caída?

El **Centro Medico Imbanaco** ha identificado criterios clínicos y propios del paciente que nos indican si su paciente puede tener ALTO riesgo de presentar una caída en su proceso de atención.

Estos criterios son validados al ingreso y estancia en el día a día de su paciente para identificar si uno de los criterios aplica y se deben instaurar medidas preventivas específicas para prevenir que su paciente presente una caída.

Algunos criterios clínicos y propios del paciente con ALTO riesgo de caída:

- La edad del paciente (Paciente menor de 6 años o mayor de 70 años).
- La utilización de aparatos ortopédicos para caminar (caminador, bastón, otros).
- Diagnóstico de vértigo, patología coronaria, sangrado de la vía digestiva, patologías en miembros inferiores.
- Postquirúrgico en sus primeras 24 horas.
- Medicamentos que interfieran con la estabilidad en la marcha del paciente
- Problemas neurológicos o estado de conciencia alterado.

El personal de enfermería evalúa si alguno de los criterios clínicos están presentes en su paciente y se establecen las siguientes medidas preventivas para prevenir que su paciente presente una caída.

Lea estas recomendaciones, verifique la claridad de su contenido y pregunte al personal de enfermería si tiene alguna duda.

1. Su paciente tendrá en la manilla de identificación un **sticker lila** como alerta que identifica que presenta ALTO riesgo de caída.



2. El paciente debe permanecer con un (1) acompañante durante su hospitalización.



3. Se deben mantener las barandas de la cama o camilla siempre arriba, mientras el paciente este acostado.



4. Mantener la altura de la cama o camilla en el nivel más bajo.



5. Se colocan los artículos personales y lo que requiera el paciente al alcance de su mano.



6. Acompañarlo siempre al baño o se le debe facilitar para realizar las necesidades fisiológicos en la cama o camilla.



7. Use el timbre de llamado de enfermería ubicado en la cama, camilla o en el baño cuando necesite asistencia del personal de enfermería.



8. Solo el personal de enfermería puede bajar las barandas de la cama o camilla.



9. La **Seguridad del Paciente** requiere del compromiso del paciente y su familia en el cumplimiento de estas recomendaciones.

Registro de familiares y acompañantes que leen y entienden las recomendaciones emitidas en este formato

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

El acompañante debe firmar este formato al momento del ingreso del paciente al servicio de hospitalización y cada vez que cambie el acompañante.

	Nombre del acompañante del paciente	Firma	Fecha y Hora
DÍA 1		NO aplica	Marzo 6/2017
DÍA 2		No Aplica	8-3-17
DÍA 3		NO Aplica	9-3-17
DÍA 4		NO APlica.	9-3-17
DÍA 5		NO aplica.	10-3-17
DÍA 6	Silvana Zapata V.	no aplica.	11-03-17
DÍA 7		NO aplica	12-03/2017
DÍA 8		no aplica.	13-03-17
DÍA 9		no aplica.	14-03-17
DÍA 10		NO APLICA	15-3-17

NOTA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA: *Las instrucciones presentadas en este formato deben ser informadas al familiar y/o acompañante del paciente, verificar que son entendidas y debe firmar el familiar y/ acompañante en cada uno de los días de la hospitalización del paciente en el turno de la mañana, tarde y noche.*

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS / PROCEDIMEINTOS / TRATAMIENTOS MEDICOS

FECHA: 12 Junio del 2017

NOMBRE DEL PACIENTE: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA

HC: CC 16719326

EDAD: 51 Años 7 Meses 21 Días

ENTIDAD: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S A

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE DEL C.M I. Dr. / Dres.: MARIA MERCEDES FAJARDO SANMARTIN

ESPECIALISTAS EN: Manejo del Dolor

Yo, YOHANN MONTOYA TORO

Identificado con la CC: X, CE: ___, PA: ___. No. 94505462 expedida en CALI

Obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique el siguiente procedimiento y/o tratamiento médico e igualmente acepto la toma de muestras y práctica de biopsias si fuere del caso, aplicación de medios de contraste, medicamentos y sesiones terapéuticas con la tecnología especificada. : Bloqueo Simpatico

Así como cualquier otra intervención o re intervención, advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica o posteriormente o durante la atención/tratamiento, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

1) He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndoseme que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención/ procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirúrgica/clínica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón esta por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico.

2) El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos hospitalarios, profesionales interconsultados, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria.

3) He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso la aceptación o

escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo.

4) Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnóstica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento específico, éste se diligenciará por separado.

5) Acepto la realización de los procedimientos de transfusiones sanguíneas o de componentes de la sangre (Hemoderivados) que llegaren a ser necesarias durante la intervención o en desarrollo de su evolución posterior, para lo cual se procederá a tramitar el consentimiento especifico de ley, e igualmente acepto la toma de muestras y practica de biopsias si fuere del caso, antes, durante o después de la intervención principal cuya práctica he consentido, y/o durante el procedimiento y/o hospitalización.

6) He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención principal programada/procedimiento/tratamiento médico.

7) He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he aceptado, incluido el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse.

8) Se me ha explicado que la intervención y/o procedimiento(s) cuya práctica he aceptado comportan la afectación necesaria de las estructuras anatómicas que corresponden al campo operatorio propio de aquella o estos de acuerdo con las condiciones clínico patológicas que identifican el caso y se me ha advertido que pueden llegar a presentarse alergias medicamentosas, alteraciones de los factores de la coagulación sanguínea no identificados previamente así como afecciones cardiopulmonares inesperadas o reacciones imprevisibles a los agentes anestésicos.

9) Se me ha informado que, a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros órganos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por éste a su médico tratante.

Se me ha informado y explicado igualmente que: Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales se puede presentar sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles.

En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan características débiles que los hacen friables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas. Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir originados en el propio organismo del paciente, o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia.

Durante el postoperatorio inmediato o mediato pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención. Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas, dependiendo del organismo de cada individuo.

10) Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos. Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización

de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a comprometer de forma temporal o permanente mis condiciones de salud y, en casos extremos, mi propia vida.

11) Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosíntesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un banco de elementos de osteosintesis o desechado por inservible por parte del CMI. En los casos de retiro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosméticas estas se destruyen. De todo lo anterior se deja constancia.

12) Se advierten de forma general los y especifica los siguientes riesgos y complicaciones frecuentes no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta:

Ineficacia analgésica del procedimiento
Infección local
Hematoma
Debilidad temporal de extremidades inferiores ó superiores según localización
Aracnoiditis química reversible por reacción a esteroides y otros medicamentos utilizados

_____

_____

_____

13) Se me han explicado las alternativas de tratamiento:

_____

14) Se me han explicado los beneficios del procedimiento indicado por el medico:

_____

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del CMI, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2.008, las guías de buena prácticas clínicas y la Ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos. Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas. **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____ NO: _____.**

2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad. **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____ NO: _____.**

3- Autorizo que las fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____ NO: _____.**

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA QUE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

YOHANN MONTOYA TOBÓN

C.C. No. 94505462 **De** CALI

Dirección CL 54 U # 2EN 94 AP 403B

Ciudad CALI

Testigo _____ **C.C.No.** _____ **De** _____

Médico(s): _____

C.C. No. 3579015 **De** Cali **Reg. Médico** 6585

C.C. No. _____ **De** _____ **Reg. Médico** _____

Campo Médico Imbanaco Vocación de Servicio	TITULO: Seguimiento Clínico Diario Post Anestesico Unidad de Angiografia	PAGINA 1/2
		CÓDIGO R-ANG-008
		VERSIÓN 004
	TIPO DE DOCUMENTO REGISTRO	FECHA DE VIGENCIA 2017-04-30

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16718326/51 A os/Masculino
Tel 3747428/AVDA B NORTE NO. 10 - 58
Serv:Angio
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio:33595
Ubi
5819832

FECHA: 12 Junio 2017

ALERGIAS: STICKER NARANJA

DIAGNOSTICO: Bloqueo simpatico lumbar

ANESTESIA: LOCAL | SEDACION | RAQUIDEA | GENERAL

ESCALA DE ALDRETE FASE 1 Escala de valoración Post Anestésica		HORA Puntaje	Llegada	5 min	15 min	30 min	60 min
Actividad	Mueve 4 extremidades voluntario o a solicitud	2	2	2			
	Mueve solo 2 extremidades voluntario o a solicitud	1					
	Incapaz de mover las extremidades voluntario o a solicitud	0					
Respiración	Respira profundamente y tose libremente	2	2	2			
	Disnea o limitacion de la respiracion	1					
	Apnea	0					
Circulación	Tension Arterial +/- 20% del nivel preanestesico	2	TA: 2	TA: 2	TA	TA:	TA
	Tension Arterial entre el 20% - 40 % del nivel preanestesico	1					
	Tension arterial mayor o menor al 50% del nivel preanestesico	0					
Conciencia	Completamente despierto	2	2	2			
	Despertable al llamado	1					
	No Responde	0					
Saturación	Piel Rosada (satura mayor a 92% sin soporte de O2)	2	2	2			
	Piel Palida (necesita soporte O2 para saturar mas de 90%)	1					
	Cianotico (Satura menos de 90% con soporte de O2)	0					

Se considera una recuperacion post anestesica exitosa si el puntaje es mayor a 8 y se procede a diligenciar aldrete Fase II para evaluar su condicion al egreso

TIPO DE HERIDA QUIRURGICA O PUNCIÓN:

HORA	T°	EVA - DOLOR	FC	TA	TAM	FR	SaO2	Sistema O2	Fio2	GLASGOW	Liquidos administrados VO			Liq Eliminados Deposicion / Diuresis	Liq Eliminados EMESIS
0min 14:45	36	0	90	129/98	108	13	100	CN	28	15	Ingreso				
5min 15:40	36	0	91	124/85	94	18	99	M.A	28	15	Egreso				
5min															
5min															
Hora par															
Hora par															
Hora par															
Hora par															
Hora par															
Hora par															

EVA: Escala Visual Análoga para Evaluar Dolor

Centro Médico Imbanaco — Atención de Servicio	TITULO: Proteccion de Pertenencias de los Pacientes que Ingresan al Proceso de Anglografía	PAGINA. 1/1
		CÓDIGO. R-ANG-003
		VERSIÓN. 005
	TIPO DE DOCUMENTO: REGISTRO	FECHA DE VIGENCIA 2017-04-20

UNIDAD DE ANGIOGRAFÍA

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/51 A om/Masculino
Tel 3747428/AVDR 8 NORTE NO. 18 - 98
Serv:Angio
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:33595
Ubi:
5819832

ELEMENTOS ESPECIALES QUE DEBEN ENTREGARSE DIRECTAMENTE AL FAMILIAR DURANTE LA PREPARACION

ENTREGAR AL FAMILIAR DE INMEDIATO

						FIRMA DEL FAMILIAR / RECIBIDO DE ELEMENTOS ESPECIALES
PROTESIS DENTAL		AUDIFONOS		BILLETERA / CARTERA		
ANTEOJOS / LENTES DE CONTACTO		DINERO				

VESTIDO	Nº	OTRAS PERTENENCIAS	Nº	AYUDAS ORTOPEDICAS	Nº	CHEQUEO AL EGRESO
BLUSA O CAMISA	\	COBIJA / SABANA		BASTON		
PANTALON / FALDA	\	CINTURON		SILLA DE RUEDAS		
ROPA INTERIOR	\	PIJAMA		FERULAS		
ABRIGO , SACO, SUETER		CALZADO	\	MULETAS		
VESTIDO				CAMINADOR		
MEDIAS	\			OTROS		

HISTORIA CLINICA ANTIGUA						CHEQUEO AL EGRESO
	Nº		Nº	OTROS		
SOBRES		HOJAS				
CARPETAS		LABORATORIOS				

AYUDAS DIAGNOSTICAS DE CARDIOLOGIA						CHEQUEO AL EGRESO
	Nº		Nº	OTROS		
EKG PERSONAL		MIBI				
ECOCARDIOGRAMA TT		PRUEBA DE ESFUERZO		PILA DE MARCAPASO		
ECOCARDIOGRAMA TE		ECO ESTRESS				
CATETERISMO ANTIGUO CD		HOLTER				
CATETERISMO ANTIGUO INFORME		TILT TEST				

AYUDAS DE NEURORRADIOLOGIA						CHEQUEO AL EGRESO
	Nº		Nº	OTROS		
RAYOS X TORAX		ECOGRAFIAS				
ESCANOGRAFIAS CDS		ANGIOTAC PLACAS				
ESCANOGRAFIAS PLACAS		ANGIOTAC CDS				
ESCANOGRAFIA INFORME		ANGIOTAC INFORMES				
RESONANCIA MAGNETICA CD		ANGIO CEREBRAL INFORME				
RESONANACIA PLACAS		ANGIO CEREBRAL CDS				
RESONANACIA INFORME		ANGIO CEREBRAL PLACAS				

Derly Reyes

FIRMA PERSONA QUIEN RECIBE AL INGRESO

SE ENTREGA LLAVE DE CASILLERO NUMERO ☐

NOMBRE DEL FAMILIAR QUE RECIBE LAS LLAVES DEL CASILLERO _____

NUMERO DE CONTACTO CELULAR: _____

Grupo Médico Imbanaco
Variación de Servicio

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPEUTICA

Fecha D 03 M 04 A 17 Fisioterapeuta NORA G.S Médico tratante DARIO FUENTES

DATOS PERSONALES

Tipo Documento (CC) TI RC PA CE AS MS Nro. Documento: 16.719.326.

Primer Apellido ZAPPARATA Segundo Apellido: VALENCIA

Primer Nombre JAN Segundo Nombre: CARLO

Fecha de Nacimiento D 22 M 10 A 1965 Edad 51 Sexo (M) F

Lugar de residencia: CORDOBA Dirección: AV 8 norte # 10-58 apto 1101.

Municipio CALI Departamento VALLE Email

Teléfono de domicilio: Fijo 3747428 Celular 320636 4453

Nombre del acompañante Teléfono

Paciente asiste sin acompañante ✓

Nombre del responsable SILVANA ZAPPARATA Parentesco: HIJA. Teléfono 321-2763349.

Tipo de Vinculación: Contributivo: Y Subsidiado: Especial: Aseguradora:

Ocupación HOGAR EMPLEADA

Estado Civil: Casado: Soltero: Y Unión Libre: Viudo: Divorciado:

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

Fecha: 4/3/2017

Nombre Completo: Jancarlo Zapparoli Valencia

Identificación: 16 719 326 Edad: 57

Entidad Coomeva oro

La fisioterapia es una disciplina que evalúa, trata, y disminuye la incapacidad física, alteración del movimiento, funcionalidad y postura, así como el dolor que se deriva de los desórdenes, congénitos y de las condiciones del envejecimiento, lesión o enfermedad ; tiene como fin el tratar de restaurar las funciones físicas pérdidas o deterioradas utilizando como tratamiento medios físicos como: uso de corriente, ultrasonido (calor profundo), tracción, uso de parafina, tanque de remolino, paquetes calientes, fríos, laser, piscina, masaje, manipulación de tejidos y articulaciones y el ejercicio coordinado. De acuerdo a esta información:

Yo Jancarlo Zapparoli Valencia identificado con CC X CE___ PA___
No. 16719326 expedida en Cali.

Obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en **forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento** para que por parte del fisioterapeuta se realicen los procedimientos, aplicación de modalidades físicas y sesiones terapéuticas en la UNIDAD DE REHABILITACIÓN DEL CENTRO MEDICO IMBANACO.

Para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

1- He sido informado por parte del fisioterapeuta tratante sobre el diagnóstico médico de la enfermedad, evaluación y/o tratamiento para establecer el diagnostico fisioterapéutico, he autorizado y se me ha explicado su objetivo, advirtiéndoseme que la fisioterapia no es una ciencia exacta por lo que en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de la intervención fisioterapéutica.

2- Informo que se me han explicado los beneficios, los riesgos clínicos y las alternativas, de acuerdo con las intervenciones en terapia física ordenadas por mi médico tratante.

3- Acepto y me comprometo a seguir las medidas preventivas y recomendaciones explicadas por el fisioterapeuta y auxiliar de enfermería, SIEMPRE, durante mis desplazamientos por la unidad de rehabilitación, para prevenir una posible caída, en caso de limitación en mi marcha, y al ingreso a la piscina debo estar acompañado SIEMPRE y utilizar el cinturón de flotación.

4- Teniendo en cuenta lo anterior me comprometo a informar al fisioterapeuta acerca de mis antecedentes clínicos o si durante la aplicación, y realización de alguna técnica o ejercicio

experimento molestia por aumento de: Dolor, Ardor, Coloración de la piel, Dificultad respiratoria, Mareo o si necesito ayuda o acompañamiento durante todo el proceso de rehabilitación, para de ésta forma contribuir a la disminución de los riesgos durante la atención.

Por lo tanto me comprometo con el proceso de rehabilitación, con el cumplimiento de los horarios asignados y las recomendaciones dadas por los fisioterapeutas.

Así mismo decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi consentimiento o disentimiento libre, voluntario y consciente a los tratamientos que se me han informado en la unidad de rehabilitación del Centro Médico Imbanaco.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA QUE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Jancarlo Zapata Valencia

CC X CE ___ PA ___ # 1671926 De CALI

Direccion Avda 8 norte 10-95 Ap/ 1108 Ciudad CALI

Testigo Jhonan Palacios ID # 1116 242 346 De Tuluá

Nombre de Fisioterapeuta Hera Gonzalez S.

ID# 66.809.272 de CALI Reg. 60015 F.T.

HERA GONZALEZ S.
FISIOTERAPEUTA
REGISTRO No 60015

Centro Médico Imbanaco
Excelencia en Servicio

EVALUACION DEL PACIENTE

Fecha D 3 M 04 A 17

Primer Apellido ZAPPARATA. Segundo Apellido: VALENCIA

Primer Nombre JUAN CARLO Segundo Nombre:

Tipo Documento (CC) TI RC PA CE AS MS Nro. Documento: 16.719.326.

Diagnostico

Cie 10 M54.1. Nombre Diagnóstico RADICULITIS L5. (DOLOR)

Mecanismo de Lesión: Trauma (Espontáneo) Otro Inmovilización Si No

Fecha: D ____ M ____ A ____

Descripción REMENTE TIENE ESPONDILOSIS Y LISTESIS L5-S1 CX. 14 FEBRERO 2017. Y 12 DIAS DESPUES OTRA CX: INFLAMADO.

Cirugía (Si) No Tipo de Cirugía Artroscopica · Abierta

Fecha D 14 M 2 A 2017. Semana No ____

Antecedentes Diabetes SI Mentales NO Vértigo NO Cardiaca NO Otros H.T.A.

Cáncer NO Alergias de la Piel NO

Realizó Tratamiento de Fisioterapia anteriormente para este diagnóstico (Si) No

Actividad Deportiva SI No Tipo NO.

Frecuencia Número de veces por semana 1 2 3 4 5 o más

Ayudas Diagnósticas: Fecha D ____ M ____ A ____ Ecografía (EMG) RNM RX

Descripción NO TIENE. TAC.

Utiliza ayudas externas o inmovilización Si (No)

Cabestrillo Bastón Brace Muletas Caminador Férula Prótesis

Observaciones

Diagnóstico de Fisioterapia PACIENTE CON DERMALGIA POSTQUIRURGICA COLUMNA LUMBAR EL CUAL GENERA RESTRICCION A.M.A. DE Y RESTRICCION SOMATICA.

FISIOTERAPEUTA

Rehabilitación y Acondicionamiento Físico
Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DIARIO DE TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA
COLUMNA Y PARÁLISIS FACIAL

☐ PARÁLISIS FACIAL ☐ SACROILIACA
☐ CERVICAL ☐ COXIS
☐ DORSAL ☐ REJA COSTAL
☐ LUMBAR

NOMBRE: JAN CARLO ZAPARNATA V

DX: RADICULITIS L5 M541

FECHA	19/17	20/17	21/17	24/17	25/17	26/17	27/17	31/17	1/17	
NÚMERO DE SESIÓN	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10
EVALUACIÓN										
HORA DE ATENCIÓN	11:30	11:30	11:30	9:30	11:30	11:00	11:00	11:30	11:30	
DOLOR según EAV (0 a 10)										
MODALIDADES										
Paquete Frío	H		H					H		
Calor Húmedo										
riente	A		I					I		
Ultrasonido	B	C		C	C	C		D		
Hielo			D							
Láser: Tiempo (T)	T: 20	T:	T: 1	T:	T:	T:	T:	T: 1	T:	T:
Dosimetría (D)	D: 2	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D: 2	D:	D:
Tracción Eléctrica: Tiempo (T)	T:	T:	T: 0	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:
Estática (E) Intermitente (I)	( ) E	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( ) H	( )	( )
Masajeador Eléctrico	E							E		
TERAPIA MANUAL										
Liberación Miofascial	R		T					M		
Masaje Manual	D		C					A		
Movilización Articular										
FLEXIBILIDAD										
Estiramiento Banda	D		1					P		
Autoestiramiento			3							
...ramiento con Balón	1							I		
Estiramiento Pasivo	D		P					D		
Tabla Inclinada			1							
Espaldera			D							
REEDUCACIÓN MUSCULAR										
Mímica Facial										
EJERCICIOS ESPECÍFICOS										
Rotación Pélvica										
Williams										
Tensión Neural										
Mackenzie										
Klap										
Bicicleta Estática										
Banda sin Fin										
Hidroterapia										

NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
Fisioterapeuta Reg. 6202

HG) HG) HG) HG) HG) HG) HG) HG) HG)

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DIARIO DE TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

COLUMNA Y PARÁLISIS FACIAL

FECHA										
NÚMERO DE SESIÓN	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10
EVALUACIÓN										
HORA DE ATENCIÓN										
FUERZA MUSCULAR										
Ejercicios Isométricos										
Cuello										
Escápulas										
Abdominales										
Paraespinal Dorsal										
Paraespinal Lumbar										
Ejercicios Pasivos (P)				Ejercicios Activos (A)				Ejercicios Activos Asistidos (AA)		
Cuello										
Escápulas										
Abdominales										
Paraespinal Dorsal										
Paraespinal Lumbar										
SENSIBILIDAD										
Diferentes Texturas										
Masaje Cicatriz										

Rehabilitación y Acondicionamiento Físico
Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DIARIO DE TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

COLUMNA Y PARÁLISIS FACIAL

☐ PARÁLISIS FACIAL ☐ SACROILIACA
☐ CERVICAL ☐ COXIS
☐ DORSAL ☐ REJA COSTAL
☐ LUMBAR

NOMBRE: JAN CARLO ZAPPAMATA V

DX: RADICULITIS LS M54.1

FECHA	3417	4417	5417	7417	8417	10417	11417	12417	17417	18417
NÚMERO DE SESIÓN	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10
EVALUACIÓN										
HORA DE ATENCIÓN	11:30	11:30	11:30	11:30	7:30	12 pm	11:00	11:30	11:30	11:30
DOLOR según EAV (0 a 10)										
MODALIDADES										
Paquete Frío	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Calor Húmedo	/	/	/	/	11	/	/	11	/	/
Corriente		/	/	/	L			L	/	/
Ultrasonido		6	6	6	D		/	D	6	6
Hielo					10		/			
Láser: Tiempo (T)	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:
Dosimetría (D)	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:
Tracción Eléctrica: Tiempo (T)	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:
Estática (E) Intermitente (I)	( )	( )	( )	( )	( ) ←	( )	( )	( )	( )	( )
Masajeador Eléctrico										
TERAPIA MANUAL										
Liberación Miofascial										
Masaje Manual		/	/	/	10	/	/	10	/	/
Movilización Articular					A			A		
FLEXIBILIDAD										
Estiramiento Banda										
Autoestiramiento					P		/	P	/	/
Estiramiento con Balón					A		/	L	/	/
Estiramiento Pasivo					A		/	A	/	/
TABLA INCLINADA										
Espaldera										
REEDUCACIÓN MUSCULAR										
Mímica Facial										
EJERCICIOS ESPECÍFICOS										
Rotación Pélvica										
Williams		/	/	/	/	/	/	/	/	/
Tensión Neural										
Mackenzie										
Klap										
Bicicleta Estática										
Banda sin Fin										
Hidroterapia										

NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No. 1065 — NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No. 1065 — NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No. 1065 — NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No. 1065 — NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No. 1065 — NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No. 1065 — NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No. 1065 — NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No. 1065 — NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No. 1065 — NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No. 1065

6 - GLUTEO

Rehabilitación y Acondicionamiento Físico
Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DIARIO DE TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA
COLUMNA Y PARÁLISIS FACIAL

FECHA										
NÚMERO DE SESIÓN	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10
EVALUACIÓN										
HORA DE ATENCIÓN										
FUERZA MUSCULAR										
Ejercicios Isométricos										
Cuello										
Escápulas										
Abdominales										
Paraespinal Dorsal										
Paraespinal Lumbar										
Ejercicios Pasivos (P)	**Ejercicios Activos (A)**					**Ejercicios Activos Asistidos (AA)**				
Cuello										
Escápulas										
Abdominales										
Paraespinal Dorsal										
Paraespinal Lumbar										
SENSIBILIDAD										
Diferentes Texturas										
Masaje Cicatriz										

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

VALORACION DE COLUMNA DORSO LUMBAR

NOMBRE DEL PACIENTE: JAN CARLO ZAPATA A. ID: 16.719.326

DIAGNOSTICO: RADICULITIS L5

CIE10: M54.16 FECHA DE CX:

AMA DE COLUMNA DORSO LUMBAR

	FECHA DD MM AA	DD MM AA
FLEXION (Medicion con cinta metrica)	60°	
EXTENSION (Medicion con cinta metrica)	10°	
FLEXION LATERAL DERECHA (Con goniometro 30-40)	30°	
FLEXION LATERAL IZQUIERDA (Con goniometro 30-40)	30°	
ROTACION LATERAL DERECHA (Con goniometro 35)	—	
ROTACION LATERRAL IZQUIERDA (Con goniometro 35)	—	

Evaluación de la movidad articular Narkin y White, Instrumento utilizado : GONIOMETRO , marca BASILE Evaluation Instruments R, Medida utilizada : Grados de movimiento y CINTA METRICA Medida utilizada: Centimetros

TEST DE EXPLORACION FISICA

	FECHA DD MM AA	DD MM AA
TEST DE SCHOBER (POSITIVO - NEGATIVO)	(+)	
NIOBRA DE LASSEGUE (POSITIVO - NEGATIVO)	(-)	
TEST DE INCLINACION (LUMBAR - SACRO)	LUMBAR.	
APOYO PUNTA DE PIES (REALIZA - NO REALIZA - DIFICULTA)	REALIZA.	
APOYO TALONES (REALIZA - NO REALIZA - DIFICULTA)	NO REALIZA	

Pruebas clinicas para patologias osea, muscular y articular. Klaus Buckup

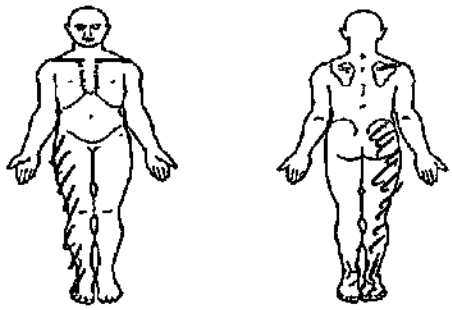
INSPECCION POSTURAL

	FECHA DD MM AA	DD MM AA
POSTURA (ESTRUCTURAL - ANTALGICA)	ANTALGICA	
ESCOLIOSIS (DERECHA - IZQUIERDA - COMPENSADA)	SI O	
HIPERLORDOSIS (SI - NO)	NO	
BORRAMIENTO LORDOSIS (SI - NO)	SI NO	
CIFOSIS (SI - NO)		
PELVIS (RETROVERSION - ANTEVERSION - NEUTRA)	ANTEVERSION	
CRESTA ILICA (ELEVADA - DESCENDIDA - NEUTRA)	DERECHA DESCENDIDO	
FIRMA FISIOTERAPEUTA		

DIFERENCIACION DEL DOLOR

MECANICO		DISCOGENICO	
SUBITO		PROGESIVO	
EMPEORA CON EJERCICIO	/	MEJORA CON EL EJERCICIO	
RNO		NOCTURNO	
MEJORA CON EL REPOSO		EMPEORA CON EL REPOSO	
ESTADO GENERAL NORMAL		ESTADO GENERAL AFECTADO	
PACIENTE INMOVIL		PACIENTE INQUIETO	
ANTEDECENTES PREVIOS	/	REIGIDEZ MATINAL	

PUESTO NO DOLOR



DESEQUILIBRIO MUSCULAR (JANDA)

INHIBIDOS: ABDOMINALES — GLUTEOS

RETRAIDOS: GEMELOS LUMBARES.

OBSERVACIONES: SUTURA CICATRIZ EN EVOLUCION SIGNO PIE DERECHA NO SE REALIZA DOLOR

Centro Médico Imbanaco* Vocación de Servicio	EVALUACION DE DOLOR Tipo de Documento: Registro	Codigo: R-RAFI-023 Version: 001 Fecha: MARZO 2017

NOMBRE Y APELLIDOS: JON CARLO ZAPATA VALENCIA

DIAGNOSTICO: TENDINITIS LS

FECHA DE CIRUGIA /LESION:

1. Describa la localizaciòn : CODO, PIERNA Y PANTORRILLA

2. Tipo de dolor:

Superficial	○	Muscular	○	Quemante	○	Otro ○	cual?
Profundo	○	Cansancio	○	Ardor	○		
Difuso	○	Tiron	○	Corrientazo	○		
Presión	○	Pesadez	○	Punzante	○		

3. Frecuencia del dolor:

Ocasional relacionado con posición de reposo	○
Ocasional relacionado con movimiento	○
Permanente	○

4. Intensidad del dolor.

DOLOR en posición de reposo. (a)

FECHA	#1 3-4-17	#2 4-4-17	#3 5-4-17	#4 7-4-17	#5 8-4-17	#6 10-4-17	#7 11-4-17	#8 12-4-17	#9 17-4-17	#10 18-4-17
CALIFICACIÓN	9/10	8/10	8/10	8/10	6	6	7	5	9	9

DOLOR en actividades de la vida diaria. (b)

CALIFICACIÓN	8/10	7/10	7/10	7/10	8/10	6	7	7	7	8

DOLOR en actividades de la vida diaria con esfuerzo adicional. (c)

CALIFICACIÓN	H.R	H.R	H.R	H.R	H.R	NR	NR	H.R	H.R	H.R

Ponderación del dolor (a)+(b)+(c)

sesion inicial #1	respuesta ideal	sesion final #10
10 - a = a1	10-0=10 (a)	10 - a = a2
10 - b = b1	10-0=10 (b)	10 - b = b2
10 - c = c1	10-0=10 (c)	10 - c = c2
a1 ( ) + b1 ( ) + c1 ( ) = / 30	(a + b + c)= 30 /30	a2( ) + b2( ) + c2( ) = / 30

Clasificación Intensidad Dolor Sesión #1 _____

Clasificación Intensidad Dolor Sesión #10 _____

Clasificacion de la intensidad el dolor:			
dolor severo	dolor moderado	dolor leve	alivio de dolor
0 hasta 10	11 hasta 20	21 hasta 29	30

Escala adaptada para identificar la recuperación :		
* MUCHO PEOR	8	al pasar la medición de leve a severo, de moderado a severo
*LEVEMENTE PEOR		al pasar la medición de leve a moderado
*IGUAL	0	no hay variación en la medición
*LEVEMENTE MEJOR	0	pasar de severo a moderado , de moderado a leve
*MUCHO MEJOR	0	Pasar de severo a leve
*RECUPERACION TOTAL	0	alivio del dolor

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA _____

CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR :

para cada paciente se identifica la zona o localización , la carateristica y la frecuencia con que se refiere la aparición del dolor.

1. LOCALIZACION :

señalar la zona anatomica de dolor , se realiza descrición de la ubicación,la respuesta es abierta.

2. TIPO DE DOLOR:

la cualidad o carateristica que describe la sensación del dolor , se nombran las caracteristicas del dolor que tiene el cuestionario y el paciente elige una o dos que describan su sensaación de dolor.

3. FRECUENCIA DEL DOLOR:

el dolor se puede referir en posición de descanso en la que no seraliza movimiento; puede estar relacionado con la ejecución de algún movimiento; o puede ser permanente , lo que significa que el paciente lo refiere 24 horas / día

PARA MEDIR EL DOLOR:

se utiliza la escala analoga visual del dolor para que el paciente exprese mediante esta escala "cuanto" dolor refiere se tienen en cuenta tres momentos importantes:

POSICION DE REPOSO:

posición de descanso , donde NO HAY movimiento, ejemplo: posición sentado o acostado.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

actividades que involucran movimientos normales de la vida diaria, sin esfuerzos.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA CON ESFUERZO ADICIONAL:

actividades que involucran movimientos con algun tipo de esfuerzo.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SIN ESFUERZO ADICIONAL

MIEMBRO SUPERIOR :

vestirse, desvestirse, bañarse, comer,trabajo en escritorio, cepillarse los dientes, maquillarse, peinarse, incluye dormir.

MIEMBRO INFERIOR :

vestirse , desvestirse,bañarse, sentarse a comer , trabajar en escritorio, caminar dentro de la casa o oficina, dormir

TRONCO:

vestirse, desvestirse, bañarse, sentarse a comer, trabajar en escritorio, caminar dentro de la casa o la oficina, dormir

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA CON ESFUERZO ADICIONAL

MIEMBRO SUPERIOR :

cargar, halar,empujar,alcanzar,lanzar,manejar carro

MIEMBRO INFERIOR :

subir y bajar escaleras, entrar y salir del carro, levantarse o acostarse de la cama,caminar rapido, manejar carro, oficios del hogar, posición de pie por tiempo prolongado.

TRONCO:

subir y bajar escaleras, entrar y salir del carro, levantarse o acostarse de la cama,caminar rapido, posición de pie por tiempo prolongado, actividad sexual, actividades del sanitario,manejar carro.

Centro Médico Imbanaco — Vocación de Servicio	EVALUACION DE DOLOR Tipo de Documento: Registro	Codigo: R-RAFI-023 Version: 001 Fecha: MARZO 2017

NOMBRE Y APELLIDOS: JON CARLO ZAPATA VOLENCIA

DIAGNOSTICO: TENDINITIS L5

FECHA DE CIRUGIA /LESION:

1. Describa la localización : LUMBAR, PIERNA, POSTERIOR, TOBILLO, LUTEAL

2. Tipo de dolor:

Superficial	○	Muscular	○	Quemante	○	Otro ○	cual?
Profundo	○	Cansancio	○	Ardor	○		
Difuso	○	Tiron	○	Corrientazo	○		
Presión	○	Pesadez	○	Punzante	○		

3. Frecuencia del dolor:

Ocasional relacionado con posición de reposo	○
Ocasional relacionado con movimiento	○
Permanente	○

4. Intensidad del dolor.

DOLOR en posición de reposo. (a)

FECHA	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10
	19.4.17	20-4.17	21.4.17	24.4.17	25.4.17	27.4.17	2.5.17	3-5-17	11-5-17	
CALIFICACIÓN	9	9	9	9	9/10	9	9	9	6	

DOLOR en actividades de la vida diaria. (b)

CALIFICACIÓN	8	8	8	8	8/10	8	9	9	7	

DOLOR en actividades de la vida diaria con esfuerzo adicional. (c)

CALIFICACIÓN	MIR	MIR	MIR	MIR	NR	NR	MR	MR	MR	

Ponderación del dolor (a)+(b)+(c)

sesion inicial #1	respuesta ideal	sesion final #10
10 - a = a1	10-0=10 (a)	10 - a = a2
10 - b = b1	10-0=10 (b)	10 - b = b2
10 - c = c1	10-0=10 (c)	10 - c = c2
a1 ( ) + b1 ( ) + c1 ( ) = /30	(a + b + c)= 30 /30	a2( ) + b2( ) + c2( ) = /30

Clasificación Intensidad Dolor Sesión #1 _____

Clasificación Intensidad Dolor Sesión #10 _____

Clasificacion de la intensidad el dolor:			
dolor severo	dolor moderado	dolor leve	alivio de dolor
0 hasta 10	11 hasta 20	21 hasta 29	30

Escala adaptada para identificar la recuperación :		
* MUCHO PEOR	8	al pasar la medición de leve a severo, de moderado a severo
*LEVEMENTE PEOR		al pasar la medición de leve a moderado
*IGUAL	0	no hay variación en la medición
*LEVEMENTE MEJOR	0	pasar de severo a moderado, de moderado a leve
*MUCHO MEJOR	0	Pasar de severo a leve
*RECUPERACION TOTAL	0	alivio del dolor

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA _____

CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR :

para cada paciente se identifica la zona o localización , la carateristica y la frecuencia con que se refiere la aparición del dolor.

1. LOCALIZACION :

señalar la zona anatomica de dolor , se realiza descrición de la ubicación,la respuesta es abierta.

2. TIPO DE DOLOR:

la cualidad o carateristica que describe la sensación del dolor , se nombran las caracteristicas del dolor que tiene el cuestionario y el paciente elige una o dos que describan su sensaación de dolor.

3. FRECUENCIA DEL DOLOR:

el dolor se puede referir en posición de descanso en la que no seraliza movimiento; puede estar relacionado con la ejecución de algún movimiento; o puede ser permanente , lo que significa que el paciente lo refiere 24 horas / día

PARA MEDIR EL DOLOR:

se utiliza la escala analoga visual del dolor para que el paciente exprese mediante esta escala "cuanto" dolor refiere se tienen en cuenta tres momentos importantes:

POSICION DE REPOSO:

posición de descanso , donde NO HAY movimiento, ejemplo: posición sentado o acostado.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

actividades que involucran movimientos normales de la vida diaria, sin esfuerzos.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA CON ESFUERZO ADICIONAL:

actividades que involucran movimientos con algun tipo de esfuerzo.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SIN ESFUERZO ADICIONAL

MIEMBRO SUPERIOR :

vestirse, desvestirse, bañarse, comer,trabajo en escritorio, cepillarse los dientes, maquillarse, peinarse, incluye dormir.

MIEMBRO INFERIOR :

vestirse , desvestirse,bañarse, sentarse a comer , trabajar en escritorio, caminar dentro de la casa o oficina, dormir

TRONCO:

vestirse, desvestirse, bañarse, sentarse a comer, trabajar en escritorio, caminar dentro de la casa o la oficina, dormir

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA CON ESFUERZO ADICIONAL

MIEMBRO SUPERIOR :

cargar, halar,empujar,alcanzar,lanzar,manejar carro

MIEMBRO INFERIOR :

subir y bajar escaleras, entrar y salir del carro, levantarse o acostarse de la cama,caminar rapido, manejar carro, oficios del hogar, posición de pie por tiempo prolongado.

TRONCO:

subir y bajar escaleras, entrar y salir del carro, levantarse o acostarse de la cama,caminar rapido, posición de pie por tiempo prolongado, actividad sexual, actividades del sanitario,manejar carro.

HISTORIA CLÍNICA No. 16.719.326 HOJA No.

PRIMER APELLIDO: ZAPATA SEGUNDO APELLIDO: VALENCIA

NOMBRE (S): JUAN CARLOS

FECHA DE NACIMIENTO. DÍA 22 MES 10 AÑO 1965 EDAD. 51 SEXO: F M

SERVICIO: REHABILITACION SALA / CUARTO: No. CAMA:

FECHA	DETALLE
3417 11:30	PACIENTE QUIEN INICIA RUTA RESTAURACION EL DIA DE HOY SE EXPLICA SOBRE DERECHOS Y DEBERES, CONSENTIMIENTO INFORMADO, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, RECOMENDACIONES CAJA SE ENTREGA Y SE COLOCA FRIO + CALOR HUMEDO. BUENA ADAPTACION, PACIENTE AUSENTE Y ALGO DOLOROSO. SE COLOCA DECUBITO PRONO Y TOLERA EL TRATAMIENTO.
4417 11:30	CALOR HUMEDO + TENS + US (GLUTEO) + MASAJE TEJIDO + INSTRUCCIONES EDUCACION SOBRE PATOLOGIA US CON OSTRAS TEXTURAS.
5417 11:30	NO asiste a TX CALOR HUMEDO + TENS + US (GLUTEO) + ESTIRAMIENTO WILLIAMS A TOLERANCIA.
6417 11:30	TENS + CALOR HUMEDO + TENS + MASAJE TEJIDO + WILLIAMS. CLO KINESIOTAPING
7417 11:30	HUMEDO TERAPIA. DOLOR TENS + MASAJE PACIENTE MEJORA TOLERA
8-04 A	Se coloca Tx Calor y Compresas US Masaje y estiramientos de mm

Marleny Gutiérrez S. FISIOTERAPEUTA CC 67 027 444 FUJS

NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No. 00015

NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No. 00015

NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No. 00015

NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No. 00015

NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No. 00015

Rehabilitación y Acondicionamiento Físico
Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

REGISTRO NOTAS DE EVOLUCION

FECHA	DETALLE
Abf 10-17	Calor, TENS, estimulación de tronco, masaje muscular, ejercicios de williams, Hidro + lecho TD
11417 11:30	HIDROTERAPIA: MANCHAS + ESTIRAMIENTOS + FORTALECIMIENTOS ABDOMEN + REFORZAMIENTO HMII.
12417 11:30	FNO + CALOR HUMEDO + TENS + EJ GLUTEO MEDIO TERAPEUTICO + ESTIRAMIENTO DE MUSCULOS (CICATRIZ) + FORTALECIMIENTO ABDOMINAL + LUMBARES.
17417 11:30	FNO + CALOR HUMEDO + TENS + EJ GLUTEO + TERAPEUTICO + REFORZAMIENTO CON +
18417 11:30	FNO + CALOR HUMEDO + TENS + EJ + ESTIRAMIENTOS + FORTALECIMIENTO ABDOMINAL + HIGIENE POSTURAL.
19417 11:30	FNO + CALOR HUMEDO (HD) + HIDROTERAPIA: MANCHAS + REFORZAMIENTO MUSCULAR + TONIFICACION DE HMII + REFORZAMIENTO ZONA LUMBAR + HIGIENE POSTURAL. (HIDROTERAPIA).
20417 11:30	FNO + CALOR HUMEDO + TENS (GLUTEO MED) + MARCHA TERAPEUTICO.
21417 11:30	HIDROTERAPIA: MANCHAS + REFORZAMIENTO MUSCULAR + REFORZAMIENTO CONT + OTRA MANO) + HIGIENE POSTURAL

Marlony Gutiérrez S.
FISIOTERAPEUTA
CC 67027.444
TUMC

NORA GONZALEZ S.
FISIOTERAPEUTA
REGISTRO No 60015

HISTORIA CLÍNICA No. 16.719.326 HOJA No.

PRIMER APELLIDO: Zapparrata SEGUNDO APELLIDO: Valencia

NOMBRE (S): Jan carlo

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 22 MES 10 AÑO 1965 EDAD: 51 SEXO: F M

SERVICIO: RHB FISICA. SALA / CUARTO: 4 No. CAMA:

FECHA	DETALLE
24/7/17	Se trabajó con FNO, calor, TENS, US (glúteo), estiramiento, basculación pélvica. Fisioterapeuta Reg. 2029
25/7/17 11:30	FNO + CHOR HUMEDO + TENS + US. GLUTEO + ESTIRAMIENTO + NEUROMOD + PIERNA + WALKING.
26/7/17 11:30	NO ASISTE A TTO. NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
27/7/17 11:30	REEDUCACION: MANUALES + ESTIRAMIENTO MUSCULAR MMII NEUROMUSCULAR CON + PROPIOCEPTIVOS + ESTIMULOS. NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
28/7/17 11:30	NO ASISTE A TTO. NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
29/7/17 11:30	FNO + CHOR HUMEDO + TENS + US (GLUTEO) + ESTIRAMIENTO + ESTIMULOS FORTALECIMIENTO ABDUCTORES + AGONISTA POSTURAL. NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
31/7/17 11:00	REEDUCACION MANUALES + ESTIRAMIENTOS + NEUROMODULACION + PROPIOCEPCION. NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
4/8/17 11:00	NO ASISTE A TTO. NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
5/8/17 11:30	NO ASISTE A TTO. NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
8/8/17 11:30	NO ASISTE A TTO. NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015
9/8/17 11:30	FNO + CHOR HUMEDO + TENS + US + MANUAL TTO. NORA GONZALEZ S. FISIOTERAPEUTA REGISTRO No 60015

FECHA	DETALLE
17 5 17	ORDEN VENCIDA - NO
11:30	TOMO PARAMETROS PERO EQUE
	SOLICITO ORDEN.

NORA GONZALEZ S.
FISIOTERAPEUTA
REGISTRO No 60016

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

INFORME DE FISIOTERAPIA - COLUMNA DORSOLUMBAR

Fecha Orden 31/3/2017
No. Sesiones 15

FECHA: MAYO: 11. 2017.

NOMBRE DEL PACIENTE: JAN CARLO ZAPATA V

MEDICO TRATANTE: DIANA FUENTES

DIAGNOSTICO MEDICO: RADICULITIS L5

PACIENTE QUIEN REALIZA: 19 SESIONES DE FISIOTERAPIA

INDICADOR	AL INGRESO				AL EGRESO			
	FECHA INICIAL	D 3	M 4	A 17	FECHA FINAL	D 11	M 5	A 17
DOLOR Medición escala análoga visual del Dolor (0=no dolor hasta 10 = el peor dolor posible)	Localizado en: REGION CADERA PIERNA DERECHA En posición de reposo LUEGO DE 8 HORAS En actividades de la vida diaria 8 En actividades con esfuerzo H.R.				Localizado en: COLUMNA - PIERNA DERECHA TOBILLO PIE DERECHO FINAL. En posición de reposo 0 LO En actividades de la vida diaria 7 LO En actividades con esfuerzo H.R.			
ARCOS DE MOVILIDAD (Medición con goniómetro medida en grados)	Flexión 60° Extensión 10° Flexión Lateral Derecha 30° Flexión Lateral Izquierda 30°				Flexión — Extensión — Flexión Lateral Derecha — Flexión Lateral Izquierda —			
EXPLORACION FISICA	TEST DE SCHOBER (+) MANIOBRA DE LASSEGUE (-) TEST DE INCLINACION LUMBAR APOYO PUNTA DE PIES DERECHA APOYO TALONES NORMALIZA				TEST DE SCHOBER — MANIOBRA DE LASSEGUE — TEST DE INCLINACION — APOYO PUNTA DE PIES — APOYO TALONES —			
INSPECCION POSTURAL	Postura ANTALGICA Cifosis — Escoliosis ST DERECHA Hiperlordosis NO Borramiento Lordosis SI Pelvis ANTEVERSION Cresta Iliaca DERECHA ASCENDIDA				Postura — Cifosis — Escoliosis — Hiperlordosis — Borramiento Lordosis — Pelvis — Cresta Iliaca —			
DESEQUILIBRIO MUSCULAR	Inhibidos ABDOMINALES OBLICUOS. Retraídos EXTENSORES LUMBARES				Inhibidos — Retraídos —			

TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO: MOVILIDAD + FUERZA
FACILITACION NEURO + TENS + U.S EN
DEDOS. GUIA + EJERCICIOS + WILLIAMS + ADHERENCIA POSTURAL.

COMENTARIOS:
NO COLLUVE TRATAMIENTO, ORDENE
DESCANSO, NO TOMO MEDICAMENTOS POR
FISIOTERAPEUTA:

NORA GONZALEZ S.
FISIOTERAPEUTA
REGISTRO No 60015

ClinSanitas

FECHA Marz / 31 / 17

NOMBRE Jon Carlo Zaperrote

℞

Radiculitis L5

Terapia física #15

Desensibilización

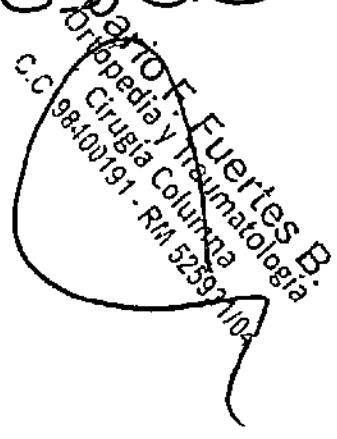
dermatoma L5-7

hio distermia

TENS

Ultrasonido

Higiene postural



Fecha 13/4/17 Fecha F. _____

Total Folios _____

ClinSantas

FECHA Marz / 31 / 17

NOMBRE Jan Carlo Zaporota

℞

Awaterapia # 10.

Hidromasaje

Diatermia - HO

Reeducar marcha

Marcha en piscina

Postura Activación

Dario F. Fuertes B.
Ortopedia y Traumatología
Cirugía Columna
CC. 98400191 - RM 259314

Paciente: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC. 16719326 Edad: 51 años Masculino
Medico Remitente: FUERTES B DARIO
Descripción CUPS
879201 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL TORACICO LUMB

No. Estudio: 1788998 1 de Marzo 2017
Reporte: Tomografico
Servicio: -

Informamos a Usted el examen practicado a su paciente:

COLUMNA LUMBOSACRA

TÉCNICA:
Con equipo multidetectores se obtuvieron imágenes volumétricas a nivel de la columna lumbosacra sin medio de contraste, observándose:

HALLAZGOS:

Estructuras óseas visualizadas de densidad y patrón trabecular normal.
Rectificación de columna lumbosacra, con pérdida de la curvatura lordótica normal.
La altura de los cuerpos vertebrales se preserva.
Anterolistesis grado II de L5 sobre S1, secundario a espondilolisis bilateral de L5 con fijación externa, observando tornillos transpediculares L5-S1 con barras de fijación posterior.
Disminución en la amplitud del espacio intervertebral L5-S1, con esclerosis de platillos vertebrales y fenómeno de vacio por discopatía degenerativa.
Articulaciones facetarias de apariencia normal.
Abombamiento difuso del anillo fibroso en los niveles L4-L5 y L5-S1, sin efecto compresivo significativo para el canal central.
Estenosis foraminal bilateral L5-S1 con pérdida de la grasa peri-radicular, hallazgo que puede justificar efecto compresivo para raíces emergentes.
Cambios post quirúrgicos de musculatura paravertebral con edema intersticial, probablemente por post quirúrgico reciente, a correlacionar clínicamente.

Atentamente,

Dr Jhelson Vallejo Diaz
MD Radiólogo - Neuroradiología

Impression

1 Neuroconduccion motora de nervio peroneo izquierdo y tibial bilateral con latencias, amplitudes y velocidades de conducción normales.
2 Neuroconduccion sensitiva de nervio sural bilateral con latencias, amplitudes y velocidades de conducción normales.
3. Discreta caida en la amplitud de peroneo derecho
4. Electromiograma de músculos descritos en la tabla con actividad insercional y reclutamiento normales, patrón de interferencia completo, unidades motoras de aspecto normal y signos de inestabilidad de membrana para miotoma l5 derecho.

CONCLUSION:
ESTUDIO ANORMAL. Evidencia electrofisiológica en el momento de UNA LESION AXONAL PARCIAL DE RAIZ L5 DERECHA AGUDA.

Dr Oscar Alexander Alvarez R.
Medico Fisiatra
R.M. 760275 / 06
Centro Médico Imbanaco de Cali s.a.

Date 08/03/2017 Signature Dr Oscar Alexander Alvarez

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPEUTICA

Fecha D 01 M 06 A 2017 Fisioterapeuta Adriana Muñoz Médico tratante Dario Fuh

DATOS PERSONALES

Tipo Documento CC TI RC PA CE AS MS Nro. Documento: 16.719.326.

Primer Apellido Zapparola Segundo Apellido: Valencia

Primer Nombre Jair Segundo Nombre: Camilo

Fecha de Nacimiento D 22 M 10 A 1967. Edad 51 Sexo M F

Lugar de residencia: Granada Dirección: Av 8 Nte # 10-98

Municipio Cali Departamento Valle. Email

Teléfono de domicilio: Fijo 3347443 Celular 3206364453

Nombre del acompañante Teléfono

Paciente asiste sin acompañante ✓

Nombre del responsable Silvana Zapparola Parentesco: hermana Teléfono 3212763549

Tipo de Vinculación: Contributivo: ✓ Subsidiado: Especial: Aseguradora: Coomeva

Ocupación Administradora

Estado Civil: Casado: Soltero: ✓ Unión Libre: Viudo: Divorciado:

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

Fecha: 1 Junio 2016

Nombre Completo: Eduardo Zapata Valencia

Identificación: 16219326 Edad: 57

Entidad Coomeva ARP

La fisioterapia es una disciplina que evalúa, trata, y disminuye la incapacidad física, alteración del movimiento, funcionalidad y postura, así como el dolor que se deriva de los desórdenes, congénitos y de las condiciones del envejecimiento, lesión o enfermedad ; tiene como fin el tratar de restaurar las funciones físicas pérdidas o deterioradas utilizando como tratamiento medios físicos como: uso de corriente, ultrasonido (calor profundo), tracción, uso de parafina, tanque de remolino, paquetes calientes, fríos, laser, piscina, masaje, manipulación de tejidos y articulaciones y el ejercicio coordinado. De acuerdo a esta información:

Yo Eduardo Zapata Valencia identificado con CC X CE__ PA__

No. 16219326 expedida en Cali.

Obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en **forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento** para que por parte del fisioterapeuta se realicen los procedimientos, aplicación de modalidades físicas y sesiones terapéuticas en la UNIDAD DE REHABILITACION DEL CENTRO MEDICO IMBANACO.

Para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

1- He sido informado por parte del fisioterapeuta tratante sobre el diagnóstico médico de la enfermedad, evaluación y/o tratamiento para establecer el diagnostico fisioterapéutico, he autorizado y se me ha explicado su objetivo, advirtiéndoseme que la fisioterapia no es una ciencia exacta por lo que en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de la intervención fisioterapéutica.

2- Informo que se me han explicado los beneficios, los riesgos clínicos y las alternativas, de acuerdo con las intervenciones en terapia física ordenadas por mi médico tratante.

3- Acepto y me comprometo a seguir las medidas preventivas y recomendaciones explicadas por el fisioterapeuta y auxiliar de enfermería, SIEMPRE, durante mis desplazamientos por la unidad de rehabilitación, para prevenir una posible caída, en caso de limitación en mi marcha, y al ingreso a la piscina debo estar acompañado SIEMPRE y utilizar el cinturón de flotación.

4- Teniendo en cuenta lo anterior me comprometo a informar al fisioterapeuta acerca de mis antecedentes clínicos o si durante la aplicación, y realización de alguna técnica o ejercicio

experimento molestia por aumento de: Dolor, Ardor, Coloración de la piel, Dificultad respiratoria, Mareo o si necesito ayuda o acompañamiento durante todo el proceso de rehabilitación, para de ésta forma contribuir a la disminución de los riesgos durante la atención.

Por lo tanto me comprometo con el proceso de rehabilitación, con el cumplimiento de los horarios asignados y las recomendaciones dadas por los fisioterapeutas.

Así mismo decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi consentimiento o disentimiento libre, voluntario y consciente a los tratamientos que se me han informado en la unidad de rehabilitación del Centro Médico Imbanaco.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA QUE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Jhonnier Zapata Valencia

CC X CE___ PA___ # 1671926 De Cali

Direccion Av 4 # norte 10-94 apto 1108 Ciudad Cali

Testigo Yuri Liliana Narvaez ID # 67027169 De Cali

Nombre de Fisioterapeuta Adriana Patricia Muñoz Bolaños

ID# 31.329.319 de Cali Reg. 76230-55174

Adriana Muñoz B.
FISIOTERAPEUTA
Reg. 76230-55174

EVALUACION DEL PACIENTE

Fecha D 01 M 06 A 17

Primer Apellido Zapparrata Segundo Apellido: Valencia

Primer Nombre Dan Segundo Nombre: Carlo

Tipo Documento (CC) TI RC PA CE AS MS Nro. Documento: 1671932 6

Diagnostico

Cie 10 M47.1 Nombre Diagnóstico Radiculitis L5 derecha por Compresión de espondilolistesis

Mecanismo de Lesión : Trauma Espontáneo Otro Inmovilización Si No

Fecha: D 14 M 1 A 17

Descripción Paciente quien refiere Lesion Cx en Columna lumbar, pasó a cirugía se presenta dolor en región lateral de MID, refiere segunda Cx 10 mayo/17. Remitido a FT

Cirugía SI No Tipo de Cirugía Artroscopica Abierta

Fecha D 14 M 1 A 17 Semana No____

Antecedentes Diabetes (-) Mentales Vértigo Cardiaca HTA Otros ____

Cáncer ____ Alergias de la Piel ____

Realizó Tratamiento de Fisioterapia anteriormente para este diagnóstico SI No

Actividad Deportiva SI No Tipo Bicicleta Ocasional.

Frecuencia Número de veces por semana 1 2 3 4 5 o más

Ayudas Diagnósticas: Fecha D ____ M ____ A ____ Ecografía EMG RNM RX

Descripción ____

Utiliza ayudas externas o inmovilización Si No

Cabestrillo Bastón Brace Muletas Caminador Férula Prótesis

Observaciones ____

Diagnóstico de Fisioterapia Paciente con depresión mayor y actual a nivel de Columna lumbar con puntos de dolor Severo limitante en AVD que generan dolencia, también polineuropatía sin verse en la punción zonal

FISIOTL. ANGELICA MELLIZA
Reg. 76300

Rehabilitación y Acondicionamiento Físico
Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DIARIO DE TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA
COLUMNA Y PARÁLISIS FACIAL

☐ PARÁLISIS FACIAL ☐ SACROILIACA
☐ CERVICAL ☐ COXIS
☐ DORSAL ☐ REJA COSTAL
☒ LUMBAR

NOMBRE: Jan Carlo Zapparrata Valencia

DX: Radiculitis L5 derecha por corrección de Espondilolistesis.

FECHA	1	5-06-17	7-06-17	15-06-17	21-06-17	22-06-17	22-06-17	24-06-17		
NÚMERO DE SESIÓN	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10
EVALUACIÓN	✓									
HORA DE ATENCIÓN	12:30	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00		
DOLOR según EAV (0 a 10)										
MODALIDADES										
Paquete Frío	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Calor Húmedo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Corriente		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Ultrasonido					✓	✓	✓	✓		
Hielo										
Láser: Tiempo (T)	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:
Dosimetría (D)	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:
Tracción Eléctrica: Tiempo (T)	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:	T:
Estática (E) Intermitente (I)	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Masajeador Eléctrico										
TERAPIA MANUAL										
Liberación Miofascial										
Masaje Manual		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Movilización Articular		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
FLEXIBILIDAD										
Estiramiento Banda										
Autoestiramiento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Estiramiento con Balón										
Estiramiento Pasivo										
REEDUCACIÓN MUSCULAR										
Mímica Facial										
EJERCICIOS ESPECÍFICOS										
Rotación Pélvica			✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Williams										
Tensión Neural										
Mackenzie										
Klap										
Bicicleta Estática										
Banda sin Fin										

Fecha de emisión: Mayo de 2012 Código: R - RAFI - 0007 Pág: 1 de 2 Versión: 001

FECHA										
NÚMERO DE SESIÓN	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10
EVALUACIÓN										
HORA DE ATENCIÓN										
FUERZA MUSCULAR										
Ejercicios Isométricos										
Cuello										
Escápulas										
Abdominales										
Paraespinal Dorsal										
Paraespinal Lumbar										
Ejercicios Pasivos (P)		**Ejercicios Activos (A)**				**Ejercicios Activos Asistidos (AA)**				
Cuello										
Escápulas										
Abdominales										
Paraespinal Dorsal										
Paraespinal Lumbar										
SENSIBILIDAD										
Diferentes Texturas										
Masaje Cicatriz										

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

5

VALORACION DE COLUMNA DORSO LUMBAR

NOMBRE DEL PACIENTE: Jan Carlo Zapparrata Valenca ID: 16719326

DIAGNOSTICO: Radiculitis L5 derecha por compresión de Espondilolistesis

CIE10: N545 FECHA DE CX: 14-01-17

AMA DE COLUMNA DORSO LUMBAR

FECHA	DD 01 MM 06 AA 17	DD	MM	AA
FLEXION (con goniómetro 80)	60			
EXTENSION (Con goniómetro 30)	10			
FLEXION LATERAL DERECHA (Con goniometro 30-40)	30			
FLEXION LATERAL IZQUIERDA (Con goniometro 30-40)	30.			

Evaluación de la movidad articular Narkin y White, Instrumento utilizado - GONIOMETRO , marca BASILE Evaluation Instruments R, Medida utilizada : Grados de movimiento y CINTA METRICA. Medida utilizada: Centimetros

TEST DE EXPLORACION FISICA

FECHA:	DD 01 MM 06 AA 17	DD	MM	AA
TEST DE SCHOBER (POSITIVO - NEGATIVO)	+			
MANIOBRA DE LASSEGUE (POSITIVO - NEGATIVO)	-			
TEST DE INCLINACION (LUMBAR - SACRO)	Lumbar			
TO PUNTA DE PIES (REALIZA - NO REALIZA - DIFICULTA)	Realiza			
APOYO TALONES (REALIZA - NO REALIZA - DIFICULTA)	Realiza			

Pruebas clinicas para patologias osea, muscular y articular. Klaus Buckup

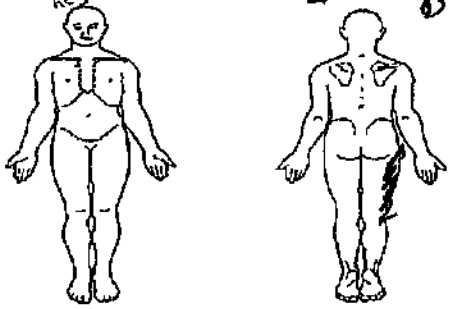
INSPECCION POSTURAL

FECHA	DD 01 MM 06 AA 17	DD	MM	AA
POSTURA (ESTRUCTURAL - ANTALGICA)	Antalgica			
CIFOSIS (SI - NO)	SI			
ESCOLIOSIS (DERECHA - IZQUIERDA - COMPENSADA)	-			
HIPERLORDOSIS (SI - NO)	SI			
BORRAMIENTO LORDOSIS (SI - NO)	-			
PELVIS (RETROVERSION - ANTEVERSION - NEUTRA)	Anteversión			
CRESTA ILICA (ELEVADA - DESCENDIDA - NEUTRA)	Neutra			
FIRMA FISIOTERAPEUTA				

FISIOTERAPEUTA
Reg. 763357

DIFERENCIACION DEL DOLOR

MECANICO		DISCOGENICO	
SUBITO	☐	PROGESIVO	☐
EMPEORA CON EJERCICIO	☐	MEJORA CON EL EJERCICIO	☒
DIURNO	☒	NOCTURNO	☐
MEJORA CON EL REPOSO	☐	EMPEORA CON EL REPOSO	☐
ADO GENERAL NORMAL	☐	ESTADO GENERAL AFECTADO	☐
PACIENTE INMOVIL	☐	PACIENTE INQUIETO	☐
ANTEDECENTES PREVIOS	☐	REIGIDEZ MATINAL	☐



DESEQUILIBRIO MUSCULAR (JANDA)

INHIBIDOS: ABDOMEN - FIX de cadera

RETRAIDOS: Isquiotibiales, Paraespinales dorso lumbares, pectorales. TFL

OBSERVACIONES:

Centro Médico Imbanaco — Vocación de Servicio	EVALUACION DE DOLOR Tipo de Documento: Registro	Codigo: R-RAFI-023 Version: 001 Fecha: MARZO 2017

NOMBRE Y APELLIDOS: Jan Carlo Zapparrata valencia

DIAGNOSTICO: Radiculitis L5 derecha por Protrusión de Espondilolistesis

FECHA DE CIRUGIA /LESION: 14-01-17

1. Describa la localizaciòn : Región lateral de MID.

2. Tipo de dolor:

Superficial	○	Muscular	✓	Quemante	✓	Otro ○	cual? _____
Profundo	✓	Cansancio	✓	Ardor	✓		
Difuso	○	Tiron	○	Corrientazo	✓		
Presión	○	Pesadez	○	Punzante	✓		

3. Frecuencia del dolor:

Ocasional relacionado con posición de reposo	○
Ocasional relacionado con movimiento	○
Permanente	✓

4. Intensidad del dolor.

DOLOR en posición de reposo. (a)

FECHA	01/06/17 #1	#2 5-6-17	#3 6-6-17	#4 15-6-17	#5 21-6-17	#6 22-6-17	#7 27-6-17	#8 29-6-17	#9	#10
CALIFICACIÓN	8	6	4	6	6	6	6	8		

DOLOR en actividades de la vida diaria. (b)

CALIFICACIÓN	8	6	5	6	6	6	6	8		

DOLOR en actividades de la vida diaria con esfuerzo adicional. (c)

CALIFICACIÓN	8	6	5	6	6	6	6	8		

Ponderación del dolor (a)+(b)+(c)

sesion inicial #1	respuesta ideal	sesion final #10
10 - a = a1	10-0=10 (a)	10 - a = a2
10 - b = b1	10-0=10 (b)	10 - b = b2
10 - c = c1	10-0=10 (c)	10 - c = c2
a1(2) + b1(2) + c1(2) = 6/30	(a + b + c)= 30 /30	a2( ) + b2( ) + c2( ) = /30

Clasificación Intensidad Dolor Sesión #1 Severo

Clasificación Intensidad Dolor Sesión #10 _____

Clasificacion de la intensidad el dolor:			
dolor severo	dolor moderado	dolor leve	alivio de dolor
0 hasta 10	11 hasta 20	21 hasta 29	30

Escala adaptada para identificar la recuperación :		
* MUCHO PEOR	8	al pasar la medición de leve a severo, de moderado a severo
*LEVEMENTE PEOR		al pasar la medición de leve a moderado
*IGUAL	0	no hay variación en la medición
*LEVEMENTE MEJOR	0	pasar de severo a moderado , de moderado a leve
*MUCHO MEJOR	0	Pasar de severo a leve
*RECUPERACION TOTAL	0	alivio del dolor

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA _____ Juan Carlo P. Muñoz B. FISIOTERAPEUTA Reg: 765367

CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR :
para cada paciente se identifica la zona o localización , la carateristica y
la frecuencia con que se refiere la aparición del dolor.

1. LOCALIZACION :
señalar la zona anatomica de dolor , se realiza descrición de la ubicación,la respuesta es abierta.
2. TIPO DE DOLOR:
la cualidad o caraterística que describe la sensación del dolor , se nombran las caracteristicas del dolor
que tiene el cuestionario y el paciente elige una o dos que describan su sensaación de dolor.
3. FRECUENCIA DEL DOLOR:
el dolor se puede referir en posición de descanso en la que no seraliza movimiento; puede estar relacionado
con la ejecución de algún movimiento; o puede ser permanente , lo que significa que el paciente
lo refiere 24 horas / día

PARA MEDIR EL DOLOR:
se utiliza la escala analoga visual del dolor para que el paciente exprese mediante esta escala "cuanto"
dolor refiere se tienen en cuenta tres momentos importantes:

POSICION DE REPOSO:
posición de descanso , donde NO HAY movimiento, ejemplo: posición sentado o acostado.
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:
actividades que involucran movimientos normales de la vida diaria, sin esfuerzos.
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA CON ESFUERZO ADICIONAL:
actividades que involucran movimientos con algun tipo de esfuerzo.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SIN ESFUERZO ADICIONAL

MIEMBRO SUPERIOR :
vestirse, desvestirse, bañarse, comer,trabajo en escritorio, cepillarse los dientes, maquillarse, peinarse,
incluye dormir.
MIEMBRO INFERIOR :
vestirse , desvestirse,bañarse, sentarse a comer , trabajar en escritorio, caminar dentro de la casa o oficina,
dormir
TRONCO:
vestirse, desvestirse, bañarse, sentarse a comer, trabajar en escritorio, caminar dentro de la casa o la oficina,
dormir

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA CON ESFUERZO ADICIONAL

MIEMBRO SUPERIOR :
cargar, halar,empujar,alcanzar,lanzar,manejar carro
MIEMBRO INFERIOR :
subir y bajar escaleras, entrar y salir del carro, levantarse o acostarse de la cama,caminar rapido, manejar
carro, oficios del hogar, posición de pie por tiempo prolongado.
TRONCO:
subir y bajar escaleras, entrar y salir del carro, levantarse o acostarse de la cama,caminar rapido, posición
de pie por tiempo prolongado, actividad sexual, actividades del sanitario,manejar carro.

Rehabilitación y Acondicionamiento Físico
Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

REGISTRO NOTAS DE EVOLUCIÓN

HISTORIA CLÍNICA No. 16719326 HOJA No. 1

PRIMER APELLIDO: Zapata SEGUNDO APELLIDO: Valencia

NOMBRE (S): Jan Carlo

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 22 MES 10 AÑO 1965 EDAD: 51 SEXO: F M

SERVICIO: RH. Fisica SALA / CUARTO: 4 No. CAMA:

FECHA	DETALLE
01-06-17	Paciente quien inicia plan de tratamiento, se informa sobre derechos y deberes, rutas de atención, higiene de manos, uso del cubre, plan de rehabilitación, posibles riesgos que se pueden presentar con la terapia, paciente acepta y diligencia consentimiento informado. Se coloca calor de bolsa de hoy - fno - calor y aumentamiento. Bolsa + 10 Paola P. Muñoz B. FISIOTERAPEUTA Reg: 763367
5-06-17	Fno, Calor, Comente, masaje, estiramientos de manos, a tolerancia. FISIOTERAPEUTA CC 29121153 TP 76-3286
7-06-17	Fno, Calor, Comente, masaje estiramientos de manos bracelete, tolerancia. FISIOTERAPEUTA CC 29121153 TP 76-3286
16-06-17	fno, Calor, Comente, masaje estiramientos de manos con bolsa y en espalda. FISIOTERAPEUTA CC 29121153 TP 76-3286
21-06-17	Fno, Calor, Comente, US, masaje estiramientos de bolsa y espalda. FISIOTERAPEUTA CC 29121153 TP 76-3286
22-06-17	Fno, Calor, Comente, US, masaje, estiramientos de manos y espalda, paciente refiere dolor incapacitante. Refiere que después del bloqueo aumenta el dolor. FISIOTERAPEUTA CC 29121153 TP 76-3286
23-06-17	No asiste. FISIOTERAPEUTA CC 29121153 TP 76-3286

FECHA	DETALLE
27-6-17	Fno Calor comenta uso mascarilla estando en Calma y ahora [illegible]
28-6-17	No asiste
29-6-17	Paciente continua con mucho dolor se coloca Fno Calor Cervical masaje se juiciosa al medico
5-7-17	No asiste
6-7-17	No asiste
8-7-17	Se ejecuta Rutina [illegible]

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

INFORME DE FISIOTERAPIA - COLUMNA DORSOLUMBAR

Fecha Orden ___/___/___
No. Sesiones_____

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: Jan Carlo Zapata Valencia

MEDICO TRATANTE: Dario Fuentes

DIAGNOSTICO MEDICO: Radiculitis L5 derecha por Conecado de Espondilolistesis

PACIENTE QUIEN REALIZA: _____ SESIONES DE FISIOTERAPIA.

INDICADOR	AL INGRESO	AL EGRESO
	FECHA INICIAL: D 01 M 06 A 17	FECHA FINAL: D 29 M 06 A 17
DOLOR Medición escala análoga visual del Dolor (0=no dolor hasta 10 = el peor dolor posible)	Localizado en: Region lateral de MID En posición de reposo 8/10 En actividades de la vida diaria 8/10 En actividades con esfuerzo 8/10	Localizado en: Region lumbar y gluteo. MMSS En posición de reposo 0 En actividades de la vida diaria 0 En actividades con esfuerzo 0
ARCOS DE MOVILIDAD (Medición con goniómetro medida en grados)	Flexión 60° Extensión 10° Flexión Lateral Derecha 20° Flexión Lateral Izquierda 20°	Flexión Extensión Flexión Lateral Derecha Flexión Lateral Izquierda
EXPLORACION FISICA	TEST DE SCHOBER (+) MANIOBRA DE LASSEGUE (-) TEST DE INCLINACION lumbar APOYO PUNTA DE PIES Positivo APOYO TALONES Positivo	TEST DE SCHOBER MANIOBRA DE LASSEGUE TEST DE INCLINACION APOYO PUNTA DE PIES APOYO TALONES
INSPECCION POSTURAL	Postura Antalgica Cifosis SI Escoliosis — Hiperlordosis SI Borramiento Lordosis — Pelvis Anteversion (Neutro) Cresta Iliaca Nadir	Postura Cifosis Escoliosis Hiperlordosis Borramiento Lordosis Pelvis Cresta Iliaca
DESEQUILIBRIO MUSCULAR	Inhibidos ABDOMEN. Flx de Cadera Retraidos Isquiotibiales, psoas, lados lumbares, pectorales. TFL	Inhibidos Retraidos

TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO: Se coloca TNS, calor compte, US, masaje estirament y progresivos de miembro y espalda

COMENTARIOS: Paciente alo evolucionando con el dolor se egresa por inasistencia

FISIOTERAPEUTA: Liz Enid Díaz
FISIOTERAPEUTA
C.D. 25-2113
C.F. 76-3286

9

CENTRO DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS SA
NIT.: 800004579-2
SEDE PRINCIPAL
CALI - VALLE

FECHA : 2017/05/18
HORA : 10:46 AM
PAGINA: 01

APOYO DIAGNOSTICO

Paciente : ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO Edad: 051 ANO
Nro. Ident. : 1-16719326 Sexo: M Est_Civil : Divorciado Telefono: 3747428
Fecha Evento : 2017-MAY-18 Hora: 10:43 AM Plan : Cel.: 3206364453
Direccion : AV 8 N 10 98 CEL 3206364453 Entidad: COOMEVA MP

Profesional : 0068 FUERTES BOLAÑOS DARIO FERNANDO Nro. Registro Medico: 525831
Especialidad : ORTOPEDISTAS TRAUMATOLOGOS

DIAGNOSTICO :
RADICULITIS L5 DERECHA POP CORRECCION DE ESPONDILOL
ISTESIS

EXAMEN SOLICITADO :
TERAPIA FISICA No 10
EJERCICIOS ACTIVOS DE POSTURA ULTRASONIDO TENS MEJO
RAR FLEXIBILIDAD DE ISQUIOTIBIALES GASTROSOLEOS FAS

Prof: FUERTES BOLAÑOS DARIO FERNANDO
C.C 000000098400191
R.M.525831

ENTREGADO

RECIBIDO

Dario F. Fuertes B.
Ortopedia y Traumatologia
Cirugia Columna
C.C. 98400191 - RM 525931/04

01-06-17.

Fecha I. Fecha F. 29-6-17

Total Folios: 9

Fecha I. Fecha F.

Total Folios:

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

HISTORIA CLINICA FISIOTERAPEUTICA

Fecha D 2 M 6 A 17 Fisioterapeuta Luzdary Médico tratante Dario F. Fuentes B.

DATOS PERSONALES

Tipo Documento CC TI RC PA CE AS MS Nro. Documento: 16719326

Primer Apellido Zapparrata Segundo Apellido: Valencia

Primer Nombre Jan Segundo Nombre: carlos

Fecha de Nacimiento D 22 M 10 A 1965 Edad 51 Sexo M F

Lugar de residencia: Granada Dirección: Ave. 8 N # 70-98 Apt: 08

Municipio Cali Departamento Valle Email

Teléfono de domicilio: Fijo 3742428 Celular 3206364453

Nombre del acompañante Teléfono

Paciente asiste sin acompañante X

Nombre del responsable Silvano Zapparrata Parentesco: Hermano Teléfono 3212763349

Tipo de Vinculación: Contributivo: X Subsidiado: Especial: Aseguradora: Coomeva

Ocupación Administrador

Estado Civil: Casado: Soltero: X Unión Libre: Viudo: Divorciado:

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

Fecha: Junio 2 2019

Nombre Completo: Jancarlo Zapparata Valencia

Identificación: 16719326 Edad: 51

Entidad Coomeva Oro

La fisioterapia es una disciplina que evalúa, trata, y disminuye la incapacidad física, alteración del movimiento, funcionalidad y postura, así como el dolor que se deriva de los desórdenes, congénitos y de las condiciones del envejecimiento, lesión o enfermedad ; tiene como fin el tratar de restaurar las funciones físicas pérdidas o deterioradas utilizando como tratamiento medios físicos como: uso de corriente, ultrasonido (calor profundo), tracción, uso de parafina, tanque de remolino, paquetes calientes, fríos, laser, piscina, masaje, manipulación de tejidos y articulaciones y el ejercicio coordinado. De acuerdo a esta información:

Yo Jancarlo Zapparata Valencia identificado con CC___ CE___ PA___

No. 16719326 expedida en Cali.

Obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en **forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento** para que por parte del fisioterapeuta se realicen los procedimientos, aplicación de modalidades físicas y sesiones terapéuticas en la UNIDAD DE REHABILITACION DEL CENTRO MEDICO IMBANACO.

Para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

1- He sido informado por parte del fisioterapeuta tratante sobre el diagnóstico médico de la enfermedad, evaluación y/o tratamiento para establecer el diagnostico fisioterapéutico, he autorizado y se me ha explicado su objetivo, advirtiéndoseme que la fisioterapia no es una ciencia exacta por lo que en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de la intervención fisioterapéutica.

2- Informo que se me han explicado los beneficios, los riesgos clínicos y las alternativas, de acuerdo con las intervenciones en terapia física ordenadas por mi médico tratante.

3- Acepto y me comprometo a seguir las medidas preventivas y recomendaciones explicadas por el fisioterapeuta y auxiliar de enfermería, SIEMPRE, durante mis desplazamientos por la unidad de rehabilitación, para prevenir una posible caída, en caso de limitación en mi marcha, y al ingreso a la piscina debo estar acompañado SIEMPRE y utilizar el cinturón de flotación.

4- Teniendo en cuenta lo anterior me comprometo a informar al fisioterapeuta acerca de mis antecedentes clínicos o si durante la aplicación, y realización de alguna técnica o ejercicio

experimento molestia por aumento de: Dolor, Ardor, Coloración de la piel, Dificultad respiratoria, Mareo o si necesito ayuda o acompañamiento durante todo el proceso de rehabilitación, para de ésta forma contribuir a la disminución de los riesgos durante la atención.

Por lo tanto me comprometo con el proceso de rehabilitación, con el cumplimiento de los horarios asignados y las recomendaciones dadas por los fisioterapeutas.

Así mismo decido, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi consentimiento o disentimiento libre, voluntario y consciente a los tratamientos que se me han informado en la unidad de rehabilitación del Centro Médico Imbanaco.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA QUE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Jair Carlo Zapata Valencia

CC X CE ___ PA ___ # _____ De _____

Direccion Mod 8 norte # 1094 AP. 1108 Ciudad Cali

Testigo Claudia Segura ID # 38611214 De Cali

Nombre de Fisioterapeuta Jose David Diaz

ID# 29121193 de Cali Reg. 763286

EVALUACION DEL PACIENTE

Fecha D 2 M jun A 17

Primer Apellido Zapparoto Segundo Apellido: Valencia

Primer Nombre Jan. Segundo Nombre: Carlo.

Tipo Documento CC TI RC PA CE AS MS Nro. Documento: 16719326

Diagnostico

Cie 10 M545 ; Nombre Diagnóstico Espondilolisis L5S1

Mecanismo de Lesión : Trauma Espontáneo Otro Acuaterapia Inmovilización Si No

Fecha: D ____ M ____ A ____

Descripción Paciente que inicia con orden de hidroterapia, continua con otra orden

Cirugía SI No Tipo de Cirugía Artroscopica Abierta

Fecha D 14 M 1 A 17 Semana No____

Antecedentes Diabetes X Mentales — Vértigo — Cardiaca HTA Otros —

Cáncer — Alergias de la Piel —

Realizó Tratamiento de Fisioterapia anteriormente para este diagnóstico SI No

Actividad Deportiva SI No Tipo ____

Frecuencia Número de veces por semana 1 2 3 4 5 o más

Ayudas Diagnósticas: Fecha D ____ M ____ A ____ Ecografía EMG RNM RX

Descripción — - —

Utiliza ayudas externas o inmovilización Si No

Cabestrillo Bastón Brace Muletas Caminador Férula Prótesis

Observaciones NO Utiliza

Diagnóstico de Fisioterapia Paciente con disfunción muscular por dolor en la Region lumbar por cirugia Realizada el 14-01-17 generando limitacion en su movilidad al caminar estar en una postura lo que hace que presente dificultad al Realizar SUS AVD Requiere la Intervencion Integral

FISIOTERAPEUTA
C.C. 29-21153
T.P. 76-32868

Rehabilitación y Acondicionamiento Físico
Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DIARIO DE TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA
COLUMNA Y PARÁLISIS FACIAL

☐ PARÁLISIS FACIAL ☐ SACROILIACA
☐ CERVICAL ☐ COXIS
☐ DORSAL ☐ REJA COSTAL
☐ LUMBAR

NOMBRE: Jancolo Zapparoto Valencia

DX: Espond. Listesis

ACUATROPIO

FECHA	2/06/17	6/06/17	8/06/17	16/06/17	30/06/17	4/07/17				
NÚMERO DE SESIÓN	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10
EVALUACIÓN										
HORA DE ATENCIÓN	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00	12:00				
DOLOR según EAV (0 a 10)										
MODALIDADES										
Paquete Frío	H	H	H	H	H	H				
Calor Húmedo	I	I	I	I	I	I				
Corriente	D	D	D	D	D	D				
Ultrasonido	R	R	R	R	R	R				
Hielo	O	O	O	O	O	O				
Láser: Tiempo (T)	T: +	T: +	T: +	T: +	T: +	T: +	T:	T:	T:	T:
Dosimetría (D)	D: ←	D: R	D: ←	D: ←	D: ←	D: ←	D:	D:	D:	D:
Tracción Eléctrica: Tiempo (T)	T: R	T: A	T: R	T: R	T: R	T: R	T:	T:	T:	T:
Estática (E) Intermitente (I)	( ) A	( ) R	( ) A	( ) A	( ) A	( ) A	( )	( )	( )	( )
Masajeador Eléctrico	R	I	R	R	R	R				
TERAPIA MANUAL										
Liberación Miofascial	A		A.	A	A					
Masaje Manual										
Movilización Articular										
FLEXIBILIDAD										
Estiramiento Banda										
Autoestiramiento										
Estiramiento con Balón										
Estiramiento Pasivo										
TABLA INCLINADA										
Espaldera										
REEDUCACIÓN MUSCULAR										
Mímica Facial										
EJERCICIOS ESPECÍFICOS										
Rotación Pélvica										
Williams										
Tensión Neural										
Mackenzie										
Klap										
Bicicleta Estática										
Banda sin Fin										
Hidroterapia										

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DIARIO DE TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

COLUMNA Y PARÁLISIS FACIAL

FECHA										
NÚMERO DE SESIÓN	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10
EVALUACIÓN										
HORA DE ATENCIÓN										
FUERZA MUSCULAR										
Ejercicios Isométricos										
Cuello										
Escápulas										
Abdominales										
Paraespinal Dorsal										
Paraespinal Lumbar										
Ejercicios Pasivos (P)		Ejercicios Activos (A)				Ejercicios Activos- Asistidos (AA)				
Cuello										
Escápulas										
Abdominales										
Paraespinal Dorsal										
Paraespinal Lumbar										
SENSIBILIDAD										
Diferentes Texturas										
Masaje Cicatriz										

Centro Médico Imbanaco® Vocación de Servicio	EVALUACION DE COLUMNA DORSO-LUMBAR Tipo de documento: Registro	Código: Versión: Fecha:

NOMBRES Y APELLIDOS: Jan carlo Zapparrata Valencia

DIAGNOSTICO: espondilolistesis

CIE 10: _____ FECHA DE CX: 14-01-17

AMA DE COLUMNA DORSO LUMBAR

FECHA	2-05-17		
FLEXION (con goniómetro 80)	60		
EXTENSION (Con goniómetro 30)	10		
FLEXION LATERAL DERECHA (Con goniometro 30-40)	20		
FLEXION LATERAL IZQUIERDA (Con goniometro 30-40)	20		
Evaluación de la movidad articular Narkin y White, Instrumento utilizado : GONIOMETRO , marca BASILE Evaluation Instruments R, Medida utilizada : Grados de movimiento y CINTA METRICA Medida utilizada: Centimetros			

DE EXPLORACION FISICA

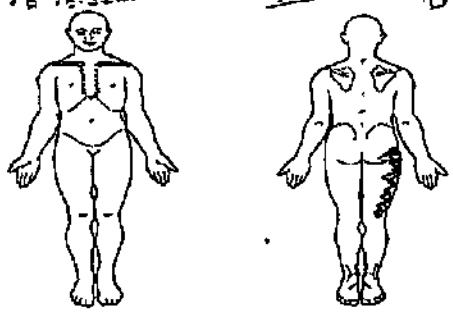
FECHA			
TEST DE SCHOBER (POSITIVO - NEGATIVO)	+		
MANIOBRA DE LASSEGUE (POSITIVO - NEGATIVO)	-		
TEST DE INCLINACION (LUMBAR - SACRO)	Lumbar		
APOYO PUNTA DE PIES (REALIZA - NO REALIZA - DIFICULTA)	Si		
APOYO TALONES (REALIZA - NO REALIZA - DIFICULTA)	Si		
Pruebas clinicas para patologias osea, muscular y articular. Klaus Buckup			

INSPECCION POSTURAL

FECHA			
POSTURA (ESTRUCTURAL - ANTALGICA)	antalgica		
CIFOSIS (SI - NO)	Si		
ESCOLIOSIS (DERECHA - IZQUIERDA - COMPENSADA)	=		
HIPERLORDOSIS (SI - NO)	Si		
BORRAMIENTO LORDOSIS (SI - NO)	No → anteversion		
PELVIS (RETROVERSION - ANTEVERSION - NEUTRA)			
CRESTA ILICA (ELEVADA - DESCENDIDA - NEUTRA)	neutra		
FIRMA FISIOTERAPEUTA: Dilmy Diaz M. FISIOTERAPEUTA C.C. 29.21193 C.P. 76.3286			

DIFERENCIACION DEL DOLOR

MECANICO		DISCOGENICO	
SUBITO	☐	PROGESIVO	☐
EMPEORA CON EJERCICIO	☐	MEJORA CON EL EJERCICIO	☒
DIURNO	☒	NOCTURNO	☐
MEJORA CON EL REPOSO	☐	EMPEORA CON EL REPOSO	☐
ESTADO GENERAL NORMAL	☐	ESTADO GENERAL AFECTADO	☐
PACIENTE INMOVIL	☐	PACIENTE INQUIETO	☐
ANTEDECENTES PREVIOS	☐	REIGIDEZ MATINAL	☐



DESEQUILIBRIO MUSCULAR (JANDA)

INHIBIDOS: abdomen Flexo de cadera

RETRAIDOS: Isquiotibiales, Piramidal

OBSERVACIONES: _____

Centro Médico Imbanaco — Vocación de Servicio	EVALUACION DE DOLOR Tipo de Documento: Registro	Codigo: R-RAFI-023 Version: 001 Fecha: MARZO 2017

NOMBRE Y APELLIDOS: Jan Carlo Zapporrata

DIAGNOSTICO: Espondilolistesis L5 S1.

FECHA DE CIRUGIA /LESION: 14-01-17

1. Describa la localizaciòn : Region lat del mSD

2. Tipo de dolor:

Superficial	○	Muscular	⊘	Quemante	⊘	Otro ○	cual?
Profundo	⊘	Cansancio	⊘	Ardor	⊘		
Difuso	○	Tiron	○	Corrientazo	○		
Presión	○	Pesadez	○	Punzante	⊘		

3. Frecuencia del dolor:

Ocasional relacionado con posición de reposo	○
Ocasional relacionado con movimiento	○
Permanente	○

4. Intensidad del dolor.

DOLOR en posición de reposo. (a)

FECHA	#1 2 jun 17	#2 6 jun 17	#3 8 jun 17	#4 (6 jun 17)	#5 3 jul 17	#6 + 12 17	#7	#8	#9	#10
CALIFICACIÓN	3	6	6	6	6	6				

DOLOR en actividades de la vida diaria. (b)

CALIFICACIÓN	3	6	6	6	6	6				

DOLOR en actividades de la vida diaria con esfuerzo adicional. (c)

CALIFICACIÓN	3	6	6	6	6	6				

Ponderación del dolor (a)+(b)+(c)

sesion inicial #1	respuesta ideal	sesion final #10
10 - a = a1	10-0=10 (a)	10 - a = a2
10 - b = b1	10-0=10 (b)	10 - b = b2
10 - c = c1	10-0=10 (c)	10 - c = c2
a1(2)+b1(2)+c1(2)= 6 / 30	(a + b + c)= 30 /30	a2(4)+b2(4)+c2(4)= 12 / 30

Clasificación Intensidad Dolor Sesión #1 Severo

Clasificación Intensidad Dolor Sesión #10 —

Clasificacion de la Intensidad el dolor.			
dolor severo	dolor moderado	dolor leve	alivio de dolor
0 hasta 10	11 hasta 20	21 hasta 29	30

Escala adaptada para identificar la recuperación :		
* MUCHO PEOR	8	al pasar la medición de leve a severo, de moderado a severo
*LEVEMENTE PEOR		al pasar la medición de leve a moderado
*IGUAL		no hay variación en la medición
*LEVEMENTE MEJOR		pasar de severo a moderado , de moderado a leve
*MUCHO MEJOR		Pasar de severo a leve
*RECUPERACION TOTAL		alivio del dolor

Liz Diaz FISIOTERAPEUTA C.C. 29.[illegible]

FIRMA DEL FISIOTERAPEUTA

CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR :
para cada paciente se identifica la zona o localización , la caraterística y
la frecuencia con que se refiere la aparición del dolor.

1. LOCALIZACION :
señalar la zona anatomica de dolor , se realiza descrición de la ubicación,la respuesta es abierta.
2. TIPO DE DOLOR:
la cualidad o caraterística que describe la sensación del dolor , se nombran las caracteristicas del dolor
que tiene el cuestionario y el paciente elige una o dos que describan su sensaación de dolor.
3. FRECUENCIA DEL DOLOR:
el dolor se puede referir en posición de descanso en la que no seraliza movimiento; puede estar relacionado
con la ejecución de algún movimiento; o puede ser permanente , lo que significa que el paciente
lo refiere 24 horas / día

PARA MEDIR EL DOLOR:
se utiliza la escala analoga visual del dolor para que el paciente exprese mediante esta escala "cuanto"
dolor refiere se tienen en cuenta tres momentos importantes:

POSICION DE REPOSO:
posición de descanso , donde NO HAY movimiento, ejemplo: posición sentado o acostado.
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:
actividades que involucran movimientos normales de la vida diaria, sin esfuerzos.
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA CON ESFUERZO ADICIONAL:
actividades que involucran movimientos con algun tipo de esfuerzo.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SIN ESFUERZO ADICIONAL

MIEMBRO SUPERIOR :
vestirse, desvestirse, bañarse, comer,trabajo en escritorio, cepillarse los dientes, maquillarse, peinarse,
incluye dormir.
MIEMBRO INFERIOR :
vestirse , desvestirse,bañarse, sentarse a comer , trabajar en escritorio, caminar dentro de la casa o oficina,
dormir
TRONCO:
vestirse, desvestirse, bañarse, sentarse a comer, trabajar en escritorio, caminar dentro de la casa o la oficina,
dormir

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA CON ESFUERZO ADICIONAL

MIEMBRO SUPERIOR :
cargar, halar,empujar,alcanzar,lanzar,manejar carro
MIEMBRO INFERIOR :
subir y bajar escaleras, entrar y salir del carro, levantarse o acostarse de la cama,caminar rapido, manejar
carro, oficios del hogar, posición de pie por tiempo prolongado.
TRONCO:
subir y bajar escaleras, entrar y salir del carro, levantarse o acostarse de la cama,caminar rapido, posición
de pie por tiempo prolongado, actividad sexual, actividades del sanitario,manejar carro.

Rehabilitación y Acondicionamiento Físico
Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

REGISTRO NOTAS DE EVOLUCIÓN

HISTORIA CLÍNICA No. 16.719.326 HOJA No. 1

PRIMER APELLIDO: Zapparoto SEGUNDO APELLIDO: Valencia

NOMBRE (S): Jan Carlo

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 22 MES 10 AÑO 1965 EDAD: 51 SEXO: F M

SERVICIO: Dtt Físico SALA / CUARTO: 42 No. CAMA:

FECHA	DETALLE
2 jun 17	Ingresa con otra orden ppal Dx se Firma Consentimiento informado esta orden es para hidroterapia se hace, se explica en masajes relajados y estiramientos de espalda
6 jun 17	Se hace hidroterapia con énfasis en Fortalecimiento de espalda y masajes
8 jun 17	Se hace hidroterapia con énfasis en estiramientos Fortalecimiento de espalda y masajes
13 jun 17	No asiste
14 jun 17	No asiste
16 jun 17	Se hace hidroterapia con énfasis en la Región lumbar y sacra
23 jun 17	no asiste
30 jun 17	se hace hidroterapia con énfasis en marcha y Fortalecimiento
4 jul 17	Se hace hidroterapia con énfasis en marcha
5 jul 17	Se egresa por terminación

Fecha de emisión: Mayo de 2012 Código: R - RAFI - 0008 Pag. 1 de 2 Versión: 001

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

INFORME DE FISIOTERAPIA - COLUMNA DORSOLUMBAR

Fecha Orden 18/05/17
No. Sesiones 10

FECHA: 4 07 17

NOMBRE DEL PACIENTE: Jan carlo Zapata Valencia

MEDICO TRATANTE: Dario F Fuentes. D.

DIAGNOSTICO MEDICO: Espond. bl. stesis L5 S1

PACIENTE QUIEN REALIZA: 10 SESIONES DE FISIOTERAPIA.

INDICADOR	AL INGRESO	AL EGRESO
	FECHA INICIAL D 2 M jun A 17	FECHA FINAL D 4 M 07 A 17
DOLOR Medición escala análoga visual del Dolor (0=no dolor hasta 10 = el peor dolor posible)	Localizado en: Cara lat del muslo D En posición de reposo 9 En actividades de la vida diaria 9 En actividades con esfuerzo 9	Localizado en: Cara lat del MID En posición de reposo 6 En actividades de la vida diaria 6 En actividades con esfuerzo 6
ARCOS DE MOVILIDAD (Medición con goniómetro medida en grados)	Flexión 60 Extensión 15 Flexión Lateral Derecha 20 Flexión Lateral Izquierda 20	Flexión Extensión Flexión Lateral Derecha Flexión Lateral Izquierda
EXPLORACION FISICA	TEST DE SCHOBER + MANIOBRA DE LASSEGUE - TEST DE INCLINACION Lumbar APOYO PUNTA DE PIES Si APOYO TALONES Si	TEST DE SCHOBER MANIOBRA DE LASSEGUE TEST DE INCLINACION APOYO PUNTA DE PIES APOYO TALONES
INSPECCION POSTURAL	Postura antalgica Cifosis Si Escoliosis - Hiperlordosis Si Borramiento Lordosis - Pelvis anteversion Cresta Iliaca Nivelada	Postura Cifosis Escoliosis Hiperlordosis Borramiento Lordosis Pelvis Cresta Iliaca
DESEQUILIBRIO MUSCULAR	Inhibidos abdomen Flexo de cadera Retraidos isquiotibiales Paravertebrales	Inhibidos Retraidos

TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO: Se hace hidroterapia con ejercicios en miembros afectados de espalda y miembros

COMENTARIOS: Se egresa por inasistencia

FISIOTERAPEUTA: Liz Díaz Fisioterapeuta CC 29.121.193 TP 76-328G

CENTRO DE ORTOPEDIA Y FRACTURAS SA
NIT.: 800004579-2
SEDE PRINCIPAL
CALI - VALLE

FECHA : 2017/05/18
HORA : 10:48 AM
PAGINA: 01

APOYO DIAGNOSTICO

Paciente : ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO Edad: 051 ANO
Nro. Ident. : 1-16719326 Sexo: M Est_Civil : Divorciado Telefono: 3747428
Fecha Evento : 2017-MAY-18 Hora: 10:45 AM Plan : Cel.: 3206364453
Direccion : AV 8 N 10 98 CEL 3206364453 Entidad: COOMEVA MP

Profesional : 0068 FUERTES BOLAÑOS DARIO FERNANDO Nro. Registro Medico: 525831
Especialidad : ORTOPEDISTAS TRAUMATOLOGOS

DIAGNOSTICO :
ESPONDILOLISTESIS L5S1
ACUATERAPIA No 10

EXAMEN SOLICITADO :
HIDROMASAJE REEDUCAR MARCHA HIGIENE POSTURAL EJERCI
CIOS ACTIVOS DE POSTURA PLAN CASERO

Prof: FUERTES BOLAÑOS DARIO FERNANDO
C.C 0000000098400191
R.M 525831

ENTREGADO

RECIBIDO

Dario F. Fuertes B.
Ortopedia y Traumatologia
Cirugia Columna
C.C. 98400191 - RM 525931/04

Centro Médico Imbanaco

Ubicación de Servicio

TRANSFERENCIA DE PACIENTES

ADMISIONES - EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA

No Ingreso:	No. Historia:	Fecha:
9795629	CC-16719326	03/08/2017 08:00:00 a.m.
Ingresa a:		Habitación:
CIRUGIA - SEDE PRINCIPAL		

7:14

56

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
ZAPPARRATA	VALENCIA	JAN	CARLO

Tipo y Documento de Identidad:	Sexo:	Fecha Nacimiento:	Edad:	Nacionalidad:
CC-16719326	Masculino	22/10/1965	51 Años	COLOMBIA

Dirección de Residencia:	Barrio:	Teléfono Fijo:	Celular:	Ciudad:
AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08	GRANADA	3747428	3206364453	SANTIAGO DE CALI

Correo Electrónico: zapparrata@hotmail.com

DATOS RESPONSABLE

Nombre Completo Responsable: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA

Tipo y Documento de Identidad:	Edad:	Nacionalidad:
CC-16719326	51 Años	COLOMBIA
Dirección de Residencia: AVDA 8 NORTE NO. 10 - 98 APTO 11 08	**Teléfono Fijo:** 3747428	**Teléfono Celular:** 3206364453
Dirección Oficina:	**Teléfono:** 0	**Correo Electrónico:**

DATOS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)

Entidad	Nit	Plan	Contrato	Nro. Poliza	Tipo Afiliado	Rango Salarial
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.	805.009.741-0	PROGRAMA ORO	01-	05 81622 1 00 0	Cotizante	
COOMEVA EPS-C S.A.	805.000.427-1		01			
PARTICULAR	3	1 PARTICULAR	01			

Médico Tratante CASAS CASTILLO GERARDO

DATOS DE LA AUTORIZACIÓN DE RESPONSABLE DE PAGO (ERP)

Tipo de Admisión: **POR EVENTO**

Paquete/Procedimiento Cotizado:

Valor Paquete/Procedimiento Cotizado:

Tipo Orden	Numero de Orden	%	Entidad	Paciente	Tope	Días Hospitalización
Formato de Transferencia	9795629	100.00	0.000	0.000	0.000	0
Honorarios de Cirujano	31139020	100.00	3248550.000	0.000	0.000	0
Honorarios Anestesiologo	31139022	100.00	1299420.000	0.000	0.000	0
Honorarios Ayudantes	31139024	100.00	974565.000	0.000	0.000	0

Motivo de la Atención: CIRUGIA

Procedimiento Programado: REVISION DE INSTRUMENTACION DE L5 S1

Procedimiento Autorizado: PERFUSION DE COLUMNA LUMBAR + ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR

INFORMACIÓN DE COBERTURAS Y/O GENERAL:

Se le informa al paciente las siguientes coberturas:

****PENDIENTE QUE CENTRAL DE AUTORIZACIONES ENTREGUE LA ORDEN DE CLINICA, INTERNACION, LA DEL MOS Y LA DE LA MATRIZ POR LA EPS*****
PACIENTE PRESENTA ORDEN DE CLINICA PARA CIRUGIA QUE INCLUYE HOSPITALIZACIÓN
PRESENTA ORDEN DE CIRUJANO A NOMBRE DEL DR. GERARDO CASAS, ORDEN DE ANESTESIOLOGO Y AYUDANTE EXPEDIDAS PARA COBRO DIRECTO A LA ENTIDAD A TARIFAS PACTADAS.
NINGUNA DE LAS ORDENES INDICA VALOR A CARGO DEL USUARIO
TIENE EPS CON: COOMEVA EPS ACTIVO COTIZANTE RANGO 2 SC828 # CONSULTA 0025781106 (ADRES Y RUAF DAÑADOS)
PRESENTA ORDEN ADICIONAL DE COOMEVA MP DONDE CUBRE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS HASTA 15 SMMLV CON UN TOPE MAXIMO DE $*******
PRESENTA ORDEN ADICIONAL DE COOMEVA EPS PARA MATRIZ POR EXCLUSIONES DE LA MP. (*******PENDIENTE*********)

INFORMACIÓN DE NO CUBRIMIENTOS (EXCLUSIONES):

Se le informa al paciente las siguientes exclusiones:

NO CUBRE INSUMOS DE USO DESECHABLE O PERSONAL, GRAPAS, SUTURAS, RECARGAS, DVD, BISTURI ARMONICO, INMOVILIZADORES, MEDIAS ANTIEMBOLICAS, INJERTOS, PROTESIS, MATRIZ, CEMENTO OSEO CON ANTIBIOTICO, CATETER POS-QUIRÚRGICO PARA EL MANEJO DEL DOLOR, TISSEL, TISUCOL, SYNVISC. EN CASO DE SER NECESARIO SE DEBE TRAMITAR AUTORIZACION A EPS DE COOMEVA, SE LE INFORMA A PACIENTE QUE LA COBERTURA QUEDA SUJETA A AUDITORIA CON ORDEN ADICIONAL EN CASO DE NEGACION EL PACIENTE DEBE ASUMIR EL COSTO QUE SERÁ INFORMADO AL EGRESO.

Admisiones: Gabriela Pardo Gañan

NO SE HACEN DEVOLUCIONES EN EFECTIVO SUPERIORES A CIEN MIL PESOS

En el evento de tener una devolución después de liquidada la cuenta a mi favor superior a cien mil pesos, consignaria en la:

Cuenta Corriente____ Ahorros ____ No. _____ Banco: _____

a nombre de: _____ o cheque a nombre de: _____

con C.C. # _____

Silvana Zapparrata

Cel: 3212763349

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ACEPTO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO SOBRE LAS NO COBERTURAS DE MI ASEGURADORA

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y SOPORTE

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A. para consultar y reportar, en cualquier tiempo, en DataCrédito o en cualquier otra central de información de riesgo, toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito o servicio.

Acepta

C.C. 16719326

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Hidromorfona Diprima

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS / PROCEDIMIENTOS / TRATAMIENTOS MÉDICOS

FECHA: 25-07-17 HC: 16719326.

NOMBRE DEL PACIENTE: Jan Carlo Zaparata Valencia

EDAD: DÍAS: ____ MES: ____ AÑOS: 51A

ENTIDAD: Coomeva

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE DEL C.M.I. Dr. / Dres.: Gerardo Cossio castillo;

ESPECIALISTAS EN: Ortopedia

Yo, X Jancarlo Zaparata Valencia

Identificado con la CC: X, CE: ___, PA: ___. No. X/16719326 expedida en X Cali

obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito **en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento** para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique la siguiente intervención quirúrgica y/o procedimiento y/o tratamiento médico:

Revisión de Artrodesis lumbar L5-S1 - Retiro parcial de tornillo en sacro;

, así como cualquier otra intervención o reintervención ,advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica o posteriormente o durante la hospitalización, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

1) He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndoseme que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención / procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirúrgica/clínica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón esta por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico.

2) El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos hospitalarios, profesionales interconsultados, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria.

3) He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso la aceptación o escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e

igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo.

4) Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnóstica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento especifico, éste se diligenciará por separado.

5) Acepto la realización de los procedimientos de transfusiones sanguíneas o de componentes de la sangre (Hemoderivados) que llegaren a ser necesarias durante la intervención o en desarrollo de su evolución posterior, para lo cual se procederá a tramitar el consentimiento especifico de ley, e igualmente acepto la toma de muestras y practica de biopsias si fuere del caso, antes, durante o después de la intervención principal cuya práctica he consentido, y/o durante el procedimiento y/o hospitalización.

6) He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención principal programada/procedimiento/tratamiento médico.

7) He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he aceptado, incluido el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse.

8) Se me ha explicado que la intervención y/o procedimiento(s) cuya práctica he aceptado comportan la afectación necesaria de las estructuras anatómicas que corresponden al campo operatorio propio de aquella o estos de acuerdo con las condiciones clínico patológicas que identifican el caso y se me ha advertido que pueden llegar a presentarse alergias medicamentosas, alteraciones de los factores de la coagulación sanguínea no identificados previamente así como afecciones cardiopulmonares inesperadas o reacciones imprevisibles a los agentes anestésicos.

9) Se me ha informado que, a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros órganos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por éste a su médico tratante. Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales el paciente presenta sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles. En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan características débiles que los hacen friables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas. Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir originados en el propio organismo del paciente, o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia.
Durante el postoperatorio inmediato o mediato pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención. Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas.

10) Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles o imprevenibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos. Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a

CCD-CMM-457

comprometer de forma temporal o permanente las condiciones de salud del paciente y, en casos extremos, su propia vida.

11) Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosíntesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un Banco de elementos de Osteosíntesis o desechado por inservible por parte del CMI. En los casos de retiro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosméticas estas se destruyen. De todo lo anterior se deja constancia.

12) **Se advierten de forma general los siguientes riesgos no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta:**

Sangrado; Infección; dolor residual
en procedimientos de lo sin buenos
resultados de Nervios o Arteria
Reintervención
Aflojamiento de instrumental
No fusión

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: 4 **NO:** _____

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento:

Juan Carlos Zapata V.

C.C. No. 16 719 326 **De** Cali

Dirección Av 8 Norte 10-98 **Ciudad** Cali

Testigo: Silvana Zapata Valencia

C.C. No. 31044386 **De** Cali

Dirección Av 8 norte 10-94 **Ciudad** Cali

Médico(s): Gerardo Casas C.

Gerardo Casas
ORTOPEDIA Y COLUMNA
CC.16.623.449 CALI. TP: 7856/85

C.C. No. 16629445 **De** Cali **Reg. Médico:** 7806/85

C.C. No. _____ **De** _____ **Reg. Médico:** _____

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del CMI, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1.993 y 2378 de 2.008 y, las guías de buenas prácticas clínicas. Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas.

   En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento . SI: ____NO: _____.

2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad.

   En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____NO: _____.

3- Autorizo que las fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes.

   En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____NO: _____.

CONSTANCIA DEL NO CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y SUS RESPONSABLES

El paciente o responsable identificado en la primera parte de este documento, manifiesta expresamente que no otorga el consentimiento para la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento y/o tratamiento médico y declara que asume la responsabilidad legal plena por los efectos de esta decisión, la cual ha sido tomada después de haber escuchado y entendido de Parte del Doctor:_____ los riesgos que para mi salud comporte esta decisión.

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento:

_____

C.C. No. _____ **De:** _____

Testigo: _____

C.C. No._____ **De:** _____

Médico(s): _____

C.C. No. _____**De:** _____ **Reg. Médico:** _____

Valoración pre-anestésica

Registro de Anestesia Página: 1/1 Código: R-CIR-0013 Versión No. 2 Fecha de creación: abril de 2013

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de diligenciamiento: 28 Julio 2017 | Fecha de cirugía: 28 Julio 2017 Hora: AGOSTO 3/2017 10:00 am

Nombres y Apellidos: JAIN ORLO ZAPPARATA | Sexo F ☐ M ☒ | Edad 51 Día(s) ☐ Mes(es) ☐ Año(s) ☒ | Ocupación | Entidad: 400 - PRE

Diagnóstico: Espondilolistesis | Procedimiento: Cx Revisión de instrumentación | Cirujano: CASAS

ANTECEDENTES

QUIRÚRGICOS (Hemorragia - Infección): Apendicectomía, Artroscopia rod. izq. ASA hasta el 26 de Julio. 2017.

ALERGIA: DIPIRONA, HIDROMORFONA

ANESTÉSICOS (General, Regional) NVPO - Hipotermia - Dolor incontrolado - Ingcmbi - Agitación: Recuperación

MÉDICOS (CV, Respiratorio, Renal, Hematológico, Endocrino, GI, Inmunológico, Neurológico, Psiquiátrico, Hpuromuscular, Piel): Hepatitis, Gastritis, DM tipo II, RGE, HTA, Sinusitis

Historia de 2 años de evolución de instrumentación Columna Lumbosacra

2 Cx previas.

Medicamentos: 14 Feb 2017: Abordaje anterior y posterior de columna lumbosacra

Alérgicos: Ahora la tercera cirugía para REVISION DE INSTRUMENTACIÓN

Trasfusionales

Hemorrágicos

Tóxicos - Adicciones

Ginecoobstétricos: FUM:

Tto actual: Pregabalina 150mg q12h, Amitriptilina 1/4 tableta, Rosuvastatina 10mg, Losartan 50mg q12h, Hipoglucemiante oral, Metformina 850mg, Zopiclona 15mg/noche.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Problemas de anestesia - Alergia - Hemorragias - Hipercoagulación - Anemias - Musculares - Otros

EXAMEN FÍSICO

Apariencia general:

Presión arterial mmHg	Frecuencia cardiaca Latidos/min	Frecuencia respiratoria Respirac./min	Pulsoximetría %	Temperatura °C	Peso Kg	Talla	IMC
140/80 ☐ Sentado ☐ Decúbito	98				91	1.80	

Cabeza y cuello:

- Lentes de contacto: ☒ No ☐ Si
- Apertura Oral: ☐ > 3cm ☐ < 3cm
- Dientes Flojos: ☒ No ☐ Si
- Prótesis Dental: ☐ Si ☒ No
- Prótesis: ☒ No ☐ Si
- Masas en cuello: ☐ Si ☒ No
- Mallampati: ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4
- D. Tiromentoniana: ☒ > 6.5cm ☐ < 6.5cm
- D. Esternomentoniana: ☐ > 12cm ☐ < 12cm

Tórax:

- Ruidos cardiácos: ☒ Normal ☐ Anormal — Explique:
- Auscultación pulmonar: ☒ Normal ☐ Anormal — Explique:

Abdomen: Cicatriz paramediana infraumbilical.

Extremidades: (Difícil venopunción para líquidos endovenosos - Insuficiencia venosa - Edemas - Test de Allen): Buen tono muscular

Espalda: (Fácil para conductiva)

Otros

EXÁMENES

Hb/Hcto		Glicemia		TSH	
Leucocitos		Creatinina		Albúmina	
Plaquetas		Na+			
TP		K+			
PTT		Cl-			

P de O

EKG / ECO / Esfuerzo / Cateterismo

Rayos X de tórax

Otros estudios: Ultima hospitalización en Marzo.

PLANES

Riesgo: ASA III NYHA Glasgow 15/15 Otras

Preoperatorio: Premedicación: Solución 8% 4 Colirio 4 Profilaxis TVP/TEP: Profilaxis antibiótica (PPS): Si Hemoderivados: Preparación de colon: ☐

Operatorio: Sedación | A. Local | A. Conductiva | A. General | IOT | INT | LMA | C. Nasal — Monitoría: Invasiva — Compresión neumática: ☐

Postoperatorio: Analgesia: Ambulatorio | Hospitalizado | Intermedio | UCI | UCI-Pediátrica | UCI-RN

Interconsultas: Otros:

Nombre del anestesiólogo y firma: Alma Cecilia Silva Q.

Consentimiento para procedimientos anestésicos

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Yo, JUAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA identificado con documento de identidad; Tipo [1] _____
No, 16719326, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología del Centro Médico Imbanaco, a realizar en mi o en el (la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica: _____

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el anestesiólogo empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración.

Técnica general y sedación: Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión de labios y/o dientes, laringoespasmo, bronco espasmo, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognoscitivas y psicomotoras, sueños o recuerdos intraoperatorios, infarto, tromboembolismo pulmonar, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorespiratorio y muerte.

Técnica conductiva neuroaxial: Hematoma, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, vejiga miogénica o retención urinaria, paro cardiorespiratorio y muerte. Además se me explica el manejo del dolor con analgesia peridural ambulatoria con bombas PCA la cual tiene los mismos riesgos de la técnica conductiva.

Bloqueos Regionales: Neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o escoriaciones piel, paro cardiorespiratorio y muerte.

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos impredecibles como reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, productos sanguíneos, y/o elementos de monitoria.

La anestesia será administrada por uno de los anestesiólogos socio o adscrito del Centro Médico Imbanaco, entendiendo también que pueda participar más de uno si llega la hora de cambio de turno.

Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos, y gineco-obstetricos, incluyendo la capacidad de estar embarazada, así como las alergias, consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos, y potenciales complicaciones.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Firma: _____

Documento de identidad: Tipo: CC No: 16719326

TESTIGO

_____ Firma: _____

Nombre: _____

Documento de identidad: Tipo: No:

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente/ tutor comprende(n) completamente lo que he explicado.

MÉDICO ANESTESIÓLOGO

Firma: Ana Cecilia Silva C. Fecha de diligenciamiento

Sello DD MM AA

1 Tipo: CC: Cédula de ciudadanía; CE: Cédula de extranjería; PA: Pasaporte.

Evaluación previa a la inducción

Fecha: Agosto 3 2017 HSA TN TA 116/73 FC 71 FR TEMP Sat 02: 100

Medicamentos _____

1. Responda los cambios de su salud desde la pre-anestesia hasta el día de hoy:

¿Tiene tos o catarro? Si ☐ No ☒ ¿Esta orinando bien? Si ☒ No ☐ Tiene heridas o pus en la piel? Si ☐ No ☒

¿Ha tenido cefalea o mareos? Si ☐ No ☒ ¿Tiene cólicos abdominales o diarrea? Si ☐ No ☒

¿Tiene algo que agregar usted que considere importante, antes de la anestesia? Si ☐ No ☒ Esta usted en ayuno? Si ☒ No ☐

¿Cuánto tiempo de Ayuno? >8h Tiene exámenes solicitados en la pre-anestesia pendientes? Si ☐ No ☒

¿Cuáles? _____

Ana Cecilia Silva C.
Firma del médico

Registro Anestésico

Fecha: 3 Agosto 2017

PACIENTE: JAN CARLO ZAPPARRATA

Diagnósticos: Espondilolistesis L5S1

Procedimiento: Revisión Instrumentación / Reposicion Columna lumbosacra

Anestesiólogos: G. SILVA

Cirujano: CASAS

Ayudantía: GONZALEZ.

Instrumentadora: Paola Realpe.

Circulante: Lena - Natalia Mateus.

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Eventos intraoperatorios

1. Ketorolaco 7 gms.
2. Xilocaina 60 mg
3. Propofol 100 mg
4. Dyhastat 40 mg
5. Cl. Neostigmico 2 gr.
6. Esmeron 30 mg.
7. Midazolam 5 mg.
8. Dexametasona 10 mg
9. Bristol 4 mg
10. Nexium 40 mg
11.
12.
13.

1 JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 18719326/SI A os/Masculino
Tel:3747420/AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98
Servicio:Cirugía
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORD
NroEstudio:0
Ubi:SP SALA14
7479607

ANESTÉSICOS

FiO2: 100% - 80%

Remi / Propo / Precedex: TCI 2/1 - 0.5 ug/k/h.

Analgesia Oxycodona: 1 mg/h.

EVENTOS IOP

Técnica Anestésica

- [ ] General Inhalatoria
- [x] Intravenosa
- [ ] Multimodal
- [ ] Peridural
- [ ] Espinal

Aguja No. ____ Catéter ____
Nivel punción ____
Nivel anestésico ____
Bloqueo ____

- [ ] Sedación
- [ ] Local controlada

Vía Aérea

- [ ] Cánula
- [ ] Máscara
- [ ] LMA
- [ ] Frostrach
- [ ] Proseal
- [x] Flexible
- [x] IOT
- [ ] INT
- [ ] Fibroscopia
- Tubo doble luz: [ ] Derecho [ ] Izquierdo
- [ ] Sellick [ ] Cormack

No. 7.5

EKG	RSN-RSN-RSN-RSN-RSN-RSN-RSN
SpO2	100-99-99-99-99-99-99-99-
EtCO2	32-30-37-37-39-36-36-36-
TEMP	
BIS	37-35-37-40-50-55-52-
RNM	
Diuresis	
PVC	

Ondansetron 172

Nalbufina 5' 5 15 15 15

Hora: 8:15 9:15 10:15 11:15 12:15

200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 35 30 25 20 15 10 5

VENTILACIÓN
Modo: VPC-VG
FR: 12
VM: 5.9
Pva: 20
Peep: 4

Nota entrega anestesiólogo: Sin Complicaciones

FIRMA

GASES SANGUINEOS

Hora	pH	pCO2	paO2	HCO3	SAT	BE	LACT

BALANCE DE LIQUIDOS

Eliminados		Administrados	
Orina		Lactato Ringer	
Pérdidas insensibles		Solución salina	2L
Diuresis		Coloides	
Sangrado		Sangre	
Otros		Glóbulos rojos	
		Otros	
Total		Total	

Trasladado a:
- [x] Fase I de recuperación Anestésica
- [ ] Fase II de recuperación Anestésica

UCIM UCI UCI-P UCI-RN

Tiempos

Inicio de anestesia	8:15
Inicio de cirugía	8:50
Fin cirugía	12:00
Fin anestesia	12:15

Traslado de quirófano a la Unidad de Cuidados Postanestésicos

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16715328/91 A 06/Masculino
Tel:3747428/AVENIDA 8 NORTE # 18 - 86
Serv:Cirugia
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:0
Ubi:SP SALA14
7479607

Hora de traslado

Complicaciones Intraoperatorias NINGUNA

INGRESA CON

- [ ] Catéter Peridural
- [ ] Tubo de Tórax
- [x] Canalización venosa
- [ ] Catéter Central
- [ ] Sonda Nasogástrica Drenaje
- [ ] Canalización arterial
- [ ] Sonda Vesical
- [ ] Otro(s). ¿ Cual(es)? _____
- [ ] Hemovac
- [ ] Tubo Endotraqueal _____

VALORACIÓN DE ACUERDO ANESTESIA RECIBIDA A LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

ESCALA DE ALDRETTE

SPO2	2	Capaz de mantener saturación de Oxígeno >92% en aire ambiente.
	1	Requiere Oxígeno para mantener saturación de Oxígeno mayor a 90%.
	0	Saturación de Oxígeno < a 90% incluso con suplemento de oxigeno.
CIRCULACION	2	TA+-20% del nivel preanestésico.
	1	TA+-20%-49% del nivel preanestésico.
	0	TA+-50% del nivel preanestésico.
RESPIRACION	2	Capaz de respirar profundamente o toser libremente.
	1	Apnea, respiración limitada o taquipnea.
	0	Apneico o con respiración artificial.
MOVIMIENTO	2	Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo órdenes.
	1	Capaz de mover las 2 extremidades voluntariamente o bajo órdenes.
	0	Capaz de mover 1 extremidad voluntariamente o bajo órdenes.
CONCIENCIA	2	Despierto.
	1	Despierta al llamado.
	0	Dolor agudo que requiere medicación parenteral
TOTAL		

ESCALA BROMAGUE

0.	No bloqueo motor.
1.	Capacidad de sentarse.
2.	Capacidad de flexionar la rodilla con ausencia de debilidad.
3.	Inhabilidad para levantar la pierna extendida , puede mover la rodilla.
4.	Inhabilidad para flexionar la rodilla, puede mover el pie solamente.
5.	Inhabilidad para flexionar el tobillo, inhabilidad para mover el pie y la rodilla.

ESCALA RAMSAY

Nivel 1	Paciente agitado, ansioso o inquieto.
Nivel 2	Paciente cooperador, orientado y tranquilo.
Nivel 3	Dormido con respuesta a órdenes.
Nivel 4	Dormido con breves respuestas a la luz y el sonido.
Nivel 5	Dormido con respuesta sólo al dolor.

Eventos detalles del traslado

Órdenes médicas por anestesiólogo para la U.C.P.A.

Hora de alta y de salida UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTESICOS

Firma del médico

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/51 A oa/Masculino
Tel:3747420/AVENIDA 8 NORTE # 10 - 58
Serv:HOSPITALIZACION
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGAMA 480
Nro Estudio:0
Ubi:HABITACION 649 T
7483508

ENTREGA DE TURNO DE MEDICAMENTOS

Página 1/1
Código: R- HOSP-055
Versión N°: 2
Fecha de Actualización: Febrero 2017

Dx:
Plan de LEV:
Fecha de Equipos:
Fecha de venopunción:
Alergias:
Medico Tratante:

MEDICAMENTO	Dosis y Horario		04/08/17			05/08/17			06/08/17			07/08/17			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa			dd/mm/aa		
			M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Amitriptilina X25mg	DOSIS 12,5mg	R	0	3	3	2	4	4	3	3	3	2																				
		A	0	0	1	1	0	1	0	0	1																					
		F	3	0	0	2	0	0	0	0	0																					
	HORARIO	D	0	0	0	0	0	0	0	0	0																					
		E	0	0	1	1	1	1	3	3	2																					
		V	✓	✓			✓			NM	NM																					
Lyrica 150mg	DOSIS 150mg	R				0	2	2	1	2	2	1	2	2																		
		A				1	0	1	1	0	1	1	0																			
		F				3	0	0	2	0	0	2	0																			
	HORARIO 12-24	D				0	0	0	0	0	0	0	0																			
		E				2	2	1	2	2	1	2	2																			
		V				✓	✓	✓	NM	NM	✓	✓	✓																			
Smalgen. 5mg/325	DOSIS 1 tab.	R				0	3	2	0	3	2	0	3	2																		
		A				0	1	2	0	1	2	0	1																			
		F				3	0	0	3	0	0	3	0																			
	HORARIO 6-14-22	D				0	0	0	0	0	0	0	0																			
		E				3	2	0	3	2	0	0	2																			
		V				✓	✓	✓	NM	✓	✓	✓	✓																			
	DOSIS	R																													
		A																													
		F																													
	HORARIO	D																													
		E																													
		V																													
	DOSIS	R																													
		A																													
		F																													
	HORARIO	D																													
		E																													
		V																													

R: Recibe A: Administra F: Lo que llega de farmacia. D: Devolutivos E: Entrega. V: verificacion.	NOMBRE LEGIBLE ENTREGA		Tabio-Bleg	Tabio-Bleg	Tabio-Bleg	Omeprazol	Tabio-Bleg	Lexapro	Ingrid Faiz	Ingrid	Ingrid	Ondansetron	Tabio-Bleg																		
	NOMBRE LEGIBLE RECIBE		Tabio-Bleg	Tabio-Bleg	Tabio-Bleg	Tabio-Bleg	Lyne	Lyne	Ingrid	Ingrid	Ingrid	Ondansetron	Tabio-Bleg																		

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 1071B326/E1 R De/Manguilne
Tel:3747428/AVENIDA 8 NORTE # 19 - 79
7483508
Serv:HOSPITALIZACION
Cnl:COORNEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
Habitación:8
Ubi:HABITACION 643 T

ENTREGA DE TURNO DE MEDICAMENTOS

Página: 1/1
Código: R-HOSP-055
Versión N°: 2
Fecha de Actualización: Febrero 2017

Dx:

Plan de LEV:

Fecha de Equipos:

Fecha de venopunción:

Alergias:

Medico Tratante:

MEDICAMENTO	Dosis y Horario		04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa	dd/mm/aa
			M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
SSN X 100cc	DOSIS	R	4 2 6	4 7 5	2 6 3	3 6 1	5													
		A	1 1 2	1 3 0	4 1 2	1 1 0														
	HORARIO	F	4 0 0	4 0 0	4 0 0	0 0 0														
		D	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0														
		E	1 6 4	2 5 2	6 3 3	6 0 1														
		V	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1														
SSN X 25	DOSIS	R	1 6 4	0 8 6	3 3 6	0 0 0	8													
		A	0 2 4	0 2 3	0 1 6	0 2														
	HORARIO	F	6 0 0	0 0 0	4 0 0	1 0 0														
		D	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0														
		E	6 4 0	6 6 3	3 6 0	0 0 0														
		V	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1														
SSN X 1000	DOSIS	R	3 3 2	1 4 2	1 1 1	3 3 2														
		A	0 1 1	0 1 1	0 0 0	0 1 1														
	HORARIO	F	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0														
		D	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0														
		E	3 2 1	1 1 1	1 1 1	3 1 1														
		V	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1														
SSN 50	DOSIS	R	3 5 5	4 4 4	2 2 1	2 2	2													
		A	0 0 1	0 0 0	0 0 0	0 0 0														
	HORARIO	F	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0														
		D	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0														
		E	2 5 4	4 4 4	1 0 0	2 2 1														
		V	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1														
SSN 250mL	DOSIS	R	0 3 2	0 3 1	2 2 1	0 5 5	4													
	1	A	0 1 2	0 0 0	0 1 1	0 1 0														
	HORARIO	F	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0														
	Mtto	D	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0														
		E	0 2 2	0 1 1	2 0 0	0 2 0														
		V	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1														

R: Recibe	NOMBRE LEGIBLE ENTREGA	Tania Robio, Tania Robio, Jon Robio, Jon Robio, Daniela Urueta, Daniela Urueta, Angie Mendoza, Angie Mendoza, Jorder Robio, Jorder Robio, Robio
A: Administra		
F: Lo que llega de farmacia.		
D: Devolutivos	NOMBRE LEGIBLE RECIBE	Robio, Tania Robio, Jon Robio, Jon Robio, Daniela Urueta, Daniela Urueta, Angie Mendoza, Angie Mendoza, Jorder Robio, Jorder Robio, Robio
E: Entrega.		
V: verificacion.		

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 1072138328/SI # de/Nacimiento
Tel:3243426/AVENIDA 6 NORTE # 18 - 39
Serv:HOSPITALIZACION
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
HraEstudio:0
Ubi:HABITACION 649 T
7483508

ENTREGA DE TURNO DE MEDICAMENTOS

Página: 1/1
Código: R- HOSP-055
Versión N°. 2
Fecha de Actualización: Febrero 2017

Dx: Espondilolistesis
Plan de LEV: SSN 100cc HR
Fecha de Equipos: 03-08-17 #2
Fecha de venopunción: 04-08-17 MSI #2
Alergias: Dipirona - Hidromorfona
Medico Tratante:

MEDICAMENTO	Dosis y Horario		04/08 M	04/08 T	04/08 N	05/08 M	05/08 T	05/08 N	06/08 M	06/08 T	06/08 N	07/08 M	07/08 T	07/08 N	dd/mm/aa M	dd/mm/aa T	dd/mm/aa N	dd/mm/aa M	dd/mm/aa T	dd/mm/aa N	dd/mm/aa M	dd/mm/aa T	dd/mm/aa N	dd/mm/aa M	dd/mm/aa T	dd/mm/aa N	dd/mm/aa M	dd/mm/aa T	dd/mm/aa N
Cefazol x1gr	DOSIS 2gr	R	4	8	6	2	10	6	4	8	6	2	8	6															
		A	2	2	4	2	2	2	1	2	4	2	2																
		F	6	0	0	10	0	2	3	0	0	8	0	0															
		D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0															
	HORARIO 8-14-20	E	6	6	2	10	8	4	5	6	2	6	6																
		V	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓															
Acetaminof x500mg	DOSIS 1 gr 500mg	R	2	4	3	2	5	5	2	6	3	3	6	5															
		A	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1																
		F	8	0	0	8	0	0	4	0	0	4	0																
	HORARIO 2-4-10-16	D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																
		E	4	0	1	5	5	3	6	2	3	6	0																
		V	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓																
Bisacodil x5mg	DOSIS 5mg	R	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1															
		A	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0																
		F	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0																
	HORARIO 22	D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																
		E	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1																
		V	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓															
Profenid x100	DOSIS 100mg	R	2	3	2	0	3	2	0	3	2	0	3	2															
		A	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1																
		F	2	0	0	3	0	0	3	0	0	3	0																
	HORARIO 06-14-22	D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																
		E	2	2	0	3	3	0	3	2	0	3	2																
		V	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓															
Esomeprazo x40mg	DOSIS 40mg	R	2	2	2	2	3	2	2	3	2	1	3	2															
		A	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0																
		F	2	0	0	2	0	0	2	0	0	2	0																
	HORARIO 18-06	D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																
		E	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2																
		V	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓															

R: Recibe
A: Administra
F: Lo que llega de farmacia.
D: Devolutivos
E: Entrega.
V: verificacion.

NOMBRE LEGIBLE ENTREGA

NOMBRE LEGIBLE RECIBE

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

INFORMACION GENERAL

Durante su ingreso al **CENTRO MEDICO IMBANACO** puede ser necesaria la transfusión de sangre y otros hemoderivados, como plasma, plaquetas y crioprecipitado, bien porque se precise durante una intervención quirúrgica. O bien porque tenga una enfermedad en la que se necesiten transfusiones. Cuando su médico ha decidido ponerle sangre u otro producto sanguíneo es porque ha sopesado el beneficio de hacerlo frente a los riesgos que conlleva la transfusión, considerando, en este caso, que si no se pusiera la sangre, los problemas que podrían sucederle son muy superiores a los riesgos que en teoría pueden aparecer con la transfusión. No obstante, usted como paciente, tiene derecho a conocer estos riesgos y a decidir por sí mismo si acepta ponerse sangre o no, o si hay alguna otra alternativa.

EN QUE CONSISTE LA TRANSFUSIÓN SANGUINEA

La transfusión sanguínea consiste en la administración de sangre humana o alguno de sus componentes como plasma o plaquetas, a los pacientes que lo precisen. Se administra a través de una vena como si fuera suero.

RIESGOS DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Algunos riesgos asociados a las transfusiones son:
- **Reacciones alérgicas:** Son con frecuencia leves y se tratan fácilmente

- **Fiebre:** Normalmente se presenta en pacientes que han recibido transfusiones previamente o que han estado embarazadas alguna vez.

- **Reacciones hemolíticas:** Estas reacciones destruyen los glóbulos rojos transfundidos. Estas reacciones son raras pero pueden ser graves y ocasionar hemorragia e insuficiencia renal.

- **Infección:** La sangre y sus derivados proceden de personas que gozan de buena salud, son personas que por donar no reciben compensación económica alguna. Todos los donantes son seleccionados con criterio médico y la sangre se estudia cuidadosamente con los análisis que exigen las leyes. Cualquier unidad de sangre o hemoderivado que vaya usted a recibir habrá sido analizado para el SIDA (Anticuerpos anti-HIV) para la hepatitis (hepatitis B/C), para la sífilis. Pero es imposible eliminar por completo el riesgo de enfermedades contagiosas contenidas en la sangre donada.

- **Antes de la transfusión, el CENTRO MEDICO IMBANACO** analizará la sangre donada para asegurarse de que sea compatible con su grupo sanguíneo. Esto evitará el riesgo de reacción inmediata de destrucción de glóbulos rojos transfundidos. Sin embargo, no hay forma de analizar la sangre del donante para detectar sustancias que puedan causar alergias en ciertos pacientes. Ningún procedimiento invasivo esta absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

¿Cuáles son los riesgos de no recibir una transfusión? Si usted no tiene suficientes glóbulos rojos, es posible que algunas partes de su cuerpo no reciban oxigeno suficiente. La falta de oxigeno necesaria podría dañar permanentemente los órganos vitales como el corazón o el cerebro. Puede ser necesaria una transfusión para evitar dicho daño. Su medico recomendara una transfusión si es necesario.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios médicos y técnicos están disponibles para dar atención.

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/51 A os/Masculino
Tel:3747428/AVENIDA 6 NORTE # 18 - 98
Serv:Cirugía
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:0
Ubi:SP SALA14
7479607

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

CONSENTIMIENTO PARA LA TRANSFUSION SANGUINEA

NOMBRE DEL PACIENTE: Jan Carlos Zapparrata

1. El medico me ha informado sobre la necesidad de recibir una transfusión sanguinea como parte de mi tratamiento con el propósito de mejorar mi estado de salud.
2. Mi medico me ha descrito los riesgos y beneficios de recibir este tratamiento a pesar de que la sangre fue seleccionada de personas que no reciben ninguna compensación y ha sido cuidadosamente examinada encontrándola adecuada.
3. También me han explicado alternativas a la transfusión, los riegos y consecuencias de no recibirla.
4. He comprendido el significado del procedimiento, de los riesgos y beneficios y en forma libre y consciente doy **MI CONSENTIMIENTO PARA RECIBIRLA.**

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL		MEDICO	FECHA Y HORA
CC No. 16719326	De:	Reg. No.	
CC No.	De:	Reg.No.	
CC No.	De:	Reg. No.	
CC No.	De:	Reg.No.	

DENEGACION

Después de ser informado (a) de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre y consciente mi negación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Fecha:_____

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	MEDICO
FIRMA CC. No.	FIRMA Registro No.
Testigo No.1 NOMBRE:	Testigo No. 2 NOMBRE:
FIRMA CC. No. De	FIRMA CC. No. De

23002

PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

PLAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 18715328 /51 A os/Masculino
Tel:3747428/AVENIDA 8 NORTE # 18 - 36
Serv:HOSPITALIZACION
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:0
Ubi:HABITACION 849 T
7483508

Fecha de ingreso del paciente a Hospitalización: 03 08 2017.

Nombre completo del Paciente: Jan Carlo Zapparrata Valencia

Numero de Identificación: 16719326 Edad: 51 Peso: ____ Kg Talla: ____ cm

Diagnostico: exposición a [illegible] Antecedentes: HTA diabetes controlada.

Medico Tratante: Dr. [illegible] Especialidad: ex columna Habitación: 849

Entidad: CMP Enfermera Jefe que abre y/o revisa el Kardex: Heliosal Página 1 2 3

FECHA INICIO	INFUSIONES ENDOVENOSAS	cc/hora	FECHA DE SUSPENSIÓN
	SSN.	100	

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
03-8-17	Keflol x 1g	1g	c/6hrs	EV.	20-02-08-14	CMP
03-8-17	Acetaminofen x500mg	500mg	c/6hrs	VO	22-04-10-16	x7 días
0308-17	bisacodil x5mg	5mg	c/24hrs	VO	22	
0308-17	Alprazolam x 0,5mg	0,5mg	c/24hrs	VO	22	
0308-17	Pridaid x 40mg	40mg	c/8hrs	EV	14-22-06	
0308-17	Ranitidina x50mg	50mg	c/8hrs	EV.	20-04-12	3/8/17
0308-17	Esomeprazol x40mg	40mg	c/12hrs	VO	18-06	
3/8/17	KEFZOL 1GL	2GL	c/6H	IV	20-02	
4 08 17	Rivotril 0.5mg	0.5mg	c/24h	VO	20	
4 08 17	Zoplicona 7.5mg	7.5mg	c/24h	VO	20	
4 08 17	Amitriptilina 25mg	1/2 tb	c/8h	VO	12 20 04	
4 08 17	Sinalgo 5/325mg	1 tb	c/8h	VO	14 22 06	
4-08-17	Lyrica X 150mg	1 tb	c/12h	VO	12 - 24	
4 08 17	Glucometría	pre-prand		-	7½ 11½ 17 - 22	
04-08-17	Enoxaparina 40mg		DU.	subcut	22	04-08-17

CONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN

DIETA: No carnes Rojas, no arroz

BL - Hos - Hgo sin sabilas

Alergias alimenticias:

Observaciones de Dietas:

CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Hay plan de cuidados de enfermería relacionado con el diagnóstico SI ☐ NO ☐

Nombre del plan: _____

Registre aquí los cuidados de enfermería a realizar, si no hay un plan predeterminado:

Control SV

Cubecera 30°

Tfusion 2 vía

Informar si presenta dolor ≥ 6/10

Riesgos Identificados (SI / NO): Alergias SI Caídas NO UPP NO Aislamiento NO OTRO: _____

DISPOSITIVOS INVASIVOS

CATETERES CENTRALES, EPIDURALES Y OTROS

Tipo de Catéter	Fecha de inserción	Fecha de curación	Fecha de cambio de equipo	Fecha de Retiro

VENOPUNCIONES PERIFERICAS

Fecha de Inserción	Fecha de cambio de venopunción	Fecha de cambio de Equipo	Flebitis
			SI ☐ NO ☐

DRENAJES, SONDAS Y OSTOMIAS

Tipo de drenaje y/o sonda	Fecha de inserción	Cuidado especial

ESQUEMA DE INSULINA

RESERVA DE HEMODERIVADOS (Cantidad y Fecha de Reserva)

GLOBULOS ROJOS:
FECHA:

PLAQUETAS:
FECHA:

PLASMA:
FECHA:

CRIOPRECIPITADO:
FECHA:

OTROS:
FECHA:

EXAMENES DIAGÓSTICOS PENDIENTES POR REALIZAR

RX:

RMN:

ESCAN:

OTROS:

LABORATORIOS POR TOMAR Y RESULTADOS ALARMA

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PENDIENTES Y OTROS

Procedimiento	Fecha	Hora	Lugar	Autoriz.	Consen Inform.
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

INTERCONSULTAS PENDIENTES

Fecha de solicitud	Especialidad	Nombre del médico	Valoró
			SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐

OTROS:

Centro Médico Imbanaco — Vocación de Servicio	LISTA DE CHEQUEO PARA EL INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES AL PROCESO DE HOSPITALIZACION	Página: 1 de 2 Código: R-HOSP-014 Versión: 3 Fecha: Febrero 2017

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/81 A os/Masculino
Tel:3747428/AVENIDA 8 NORTE # 18 - 98
Serv:HOSPITALIZACION
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio.0
Ubi:HABITACION 849 T
7483508

Objetivo: Validar las condiciones de ingreso del paciente mediante la aplicación del cumplimiento de prácticas clínicas seguras en su atención hospitalaria y asegurar la educación al paciente y su familia.

FECHA: 08-08-17 HORA: 15:00 HAB.: 849

No.	ITEMS DE VERIFICACIÓN EN EL RECIBO DEL PACIENTE	SI	NO	N/A
1	Recibo paciente correcto en la habitación asignada	✓		
2	Paciente tiene brazalete con datos de identificación correctos(Nombres y apellidos, así como número de identificación)	✓		
3	Paciente tiene sticker lila que identifica riesgo de caída.	✓		
4	Paciente tiene sticker naranja que identifica alergias.	✓		
5	Paciente tiene hoja de transferencia con identificadores correctos.	✓		
6	Paciente con signos vitales estables al ingreso a su hospitalización.	✓		
7	Paciente con órdenes médicas de hospitalización registradas en la historia clínica.	✓		
8	Paciente con consentimiento informado firmado correctamente diligenciado	✓		
9	Cuando el paciente toma medicamentos en casa, se deja registrado en Kardex la conciliación medicamentosa que el medico autorice.		✓	
10	Paciente con punción venosa permeable.	✓		
11	Paciente presenta signos de flebitis en la punción venosa	✓		
12	Paciente presenta piel integra	✓		
13	Si ingresa materna con recién nacido, reviso en el Recién Nacido: Actividad, color de piel, estado del ombligo y estado del pañal.			✓

EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA

La siguiente información y educación que va a recibir le gustaría que fuera: (L) Específica (Detallada) o de manera (H) General. Además aprendería más si fuera (A)- Escuchada (V)- Leída (K)- Explicada

Se realizó entrega y educación SOBRE:		SI	NO	N/A	VAL.	R
1	Inventario de la habitación y se le explica al paciente, familiar y/o acompañante el uso de llamado de enfermería, teléfono, TV, cama hospitalaria, aire acondicionado y control remoto	✓				
2	Manejo del cajón de seguridad de la habitación, dando las indicaciones.	✓				
3	a) El uso permanente (SIEMPRE) de la manilla de identificación durante la estancia hospitalaria del paciente b) La importancia de que el personal deberá realizarse SIEMPRE Higiene de manos antes de la atención del paciente. c) El cumplimiento de los Derechos y deberes del paciente y se entrega folleto educativo. d) El Plan de Evacuación y emergencias y se entrega folleto educativo. e) La clasificación correcta de residuos (Recipiente: Gris-rojo-verde) y se entrega folleto educativo. f) El sistema para dejar una queja y/o sugerencia de la atención. g) La Guía Hospitalaria y el uso durante su estancia. h) El registró en la nota de enfermería de la información, educación realizada y manejo oportuno del dolor.	✓				
En casos de requerirlo se entrega y/o brinda educación sobre:						
4	Folleto y sensibilización de cuidados de la madre en el postquirúrgico			✓		
5	Folleto y sensibilización de la lactancia materna			✓		
6	Folleto y sensibilización de cuidados en el RN			✓		
7	Caso de requerir llevar al RN a algún procedimiento por fuera de la habitación siempre debe ir acompañado de un familiar.			✓		
Val.: Validación a través de mencionar los ítems en forma de pregunta, con un puntaje de (1) si se responde de manera adecuada y (0) si no se responde R: Refuerzo. *La educación se reforzará después del 5to día de estancia. Si uno de los ítems dio como resultado cero (0), se deberá efectuar refuerzo inmediatamente.*		TOTAL				

Yo, Jan Carlo identificado con la cédula de ciudadanía 16719326; recibí la educación antes mencionada, verificando mi comprensión con preguntas frente a cada tema y autorizo al equipo de salud del Centro Médico Imbanaco a brindar información sobre mi estado clínico a Silva Zapparata parentesco Hermana y a Jhon Monsalve parentesco Acompañante; números de contacto 3212763349 3164999327.

Firma del paciente y/o familiar responsable: Silvana Zapparata

Nombre del personal de enfermería que recibe el paciente: Yuleth

Centro Médico Imbanaco — Vocación de Servicio	LISTA DE CHEQUEO PARA EL INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES AL PROCESO DE HOSPITALIZACION	Página: 2 de 2 Código: R-HOSP-014 Versión: 3 Fecha: Febrero 2017

FECHA: 07-08-17 HORA: 15:00 HAB.: 849.

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/01 A qa/Masculino
Tel:3747420/AVENIDA 8 NORTE # 1B - 98
Serv:HOSPITALIZACION
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:0
Ubi:HABITACION 849 T
7483508

No.	ACTIVIDADES AL EGRESO DEL PACIENTE	SI	NO	N/A
1	Reviso orden de salida, Formula médica e incapacidad firmada por el médico tratante, así como diligenciamiento de la encuesta de satisfacción al usuario.	✓		
2	Explico a pacientes y/o acompañante tramites de egreso.	✓		
3	Entrego ayudas diagnósticas y autorizaciones que se requieren para el egreso dejando Evidencia de recibido.		✓	
4	Entrego formula médica con la correspondiente explicación de la administración de medicamentos en casa a paciente y/o acompañante dejando evidencia con firma de recibido.	✓		
5	Brindo educación a paciente y/o acompañante sobre, cuidados en casa, alimentación, signos de alarma, dejando evidencia en H.C enfermería (nota de educación).	✓		
6	Brindo educación a paciente y/o acompañante sobre cuidados y manejo de sondas, ostomías, heridas, catéter central, dejando evidencia en H.C la nota de educación por el personal a cargo (Terapia Enterostomal y/o Enfermería).		✓	
7	Realizo retiro de catéter venoso periférico, tapón heparinizado, sondas, según orden médica.	✓		
8	Recibo inventario de habitación, verifico que no queden pertenencias del paciente, solicito firma de recibo de habitación con nombre legible y fecha.	✓		
9	Realizo nota de enfermería de egreso en H.C Sistematizada, indicando estado clínico del Paciente al salir del servicio.	✓		
10	Verifico entrega de llave de cajón de seguridad.	✓		

OBSERVACIONES:

Paciente egresa con Hospital en Casa SI NO ✗

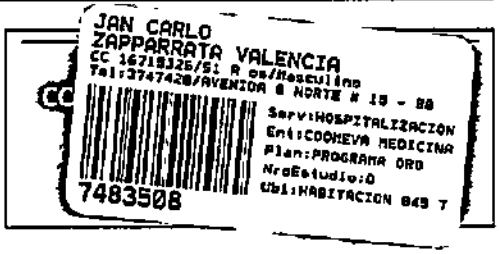
Yo, Silvana Zapparrata. identificado con cédula número: 31380084, recibí formula médica con las explicaciones correspondientes por parte del profesional de Salud.

Firma Silvana Zapparrata

FIRMA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Sandra Reyes.

Centro Médico Imbanaco Vocación de Servicio	VALORACIÓN RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE Y MEDIDAS PREVENTIVAS	Página: 1/2 Código: R-HOSP-012 Versión No: 4 Fecha: Marzo 2017

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE: 03/08/17



Procedimiento:
1. Evaluar los criterios clínicos en el ingreso del paciente y diariamente en el turno de la mañana en el momento de la toma de signos vitales.
2. Aplicar las medidas preventivas diariamente en los pacientes que presenten RIESGO DE CAIDA.

CRITERIOS CLÍNICOS A EVALUAR DIARIAMENTE	1° Día	2° Día	3° Día	4° Día	5° Día	6° Día	7° Día
	APLICA						
Edad: Es un paciente menor de 6 años o mayor de 70 años.	—	—					
La marcha: Débil o está alterada y/o necesita ayuda de aparatos ortopédicos para caminar.	✓	✓					
Diagnósticos: Vértigo, patología coronaria, incontinencia urinaria, o sangrado digestivo.	—	—					
Cirugías: Postquirúrgico en sus primeras 24 horas.	✓	✓					
Recibe alguno de los siguientes medicamentos: sedantes, psicotrópicos, antihipertensivos, diuréticos, laxantes, relajantes musculares.	✓	✓					
Alteraciones de la conciencia: agitación, confusión, desorientación, depresión y riesgo suicida y/o crisis convulsivas.	—	—					

Se consideran pacientes con RIESGO de Caída, aquellos que presentan al menos 1 criterio de los arriba mencionados. AL IDENTIFICAR EL PACIENTE CON RIESGO DE CAIDA COLOCARLE EL STICKER LILA EN LA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN.

APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA	1°Día	2°Día	3°Día	4°Día	5°Día	6°Día	7°Día
SEMANA 1. FECHA:	03	04	05	06	X		
1. El paciente tiene colocado el Sticker LILA en la manilla de identificación que alerta sobre el riesgo de caída del paciente y se realiza educación al paciente y familia sobre el significado del Sticker LILA.	✓	✓	✓	✓	✓		
2. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermería cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama. (Debe ser con movilización asistida).	✓	✓	✓	✓	✓		
3. Se mantienen las barandas de la cama SIEMPRE ARRIBA y se educa al paciente para que no baje las barandas y use el timbre de llamado de enfermería cuando requiera movilizarse.	✓	✓	✓	✓	✓		
4. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo.	✓	✓	✓	✓	✓		
5. Acompañar el paciente SIEMPRE al baño. Si el paciente no lo permite *(por el respeto a sus derechos y a su privacidad)* no dejarlo solo hasta asegurarse de que está bien sujeto a los soportes.	✓	✓	✓	✓	✓		
6. Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando necesite levantarse y que solo la auxiliar de enfermería puede bajar las barandas de la cama.	✓	✓	✓	✓	✓		
7. Se informa a la familia que el paciente debe permanecer con un (1) acompañante PERMANENTEMENTE.	✓	✓	✓	✓	✓		
8. Se informa al paciente y su familia sobre la importancia del auto cuidado del paciente y seguir las medidas preventivas.	✓	✓	✓	✓	✓		
NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CUIDADOS:							
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y CÚMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS							

849

Centro Médico Imbanaco Vocación de Servicio	VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE Y MEDIDAS PREVENTIVAS	Página: 2/2 Código: R-HOSP-012 Versión No: 4 Fecha: Marzo 2017

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE: 03-08-19

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719328/31 A os/Masculino
Tel:3747428/AVENIDA 8 NORTE # 16 - 98
Serv:HOSPITALIZACION
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio:0
Ubi:HABITACION 849 T
7483508

Procedimiento:
1. Evaluar los criterios clínicos en el ingreso del paciente y diariamente en el turno de la mañana en el momento de la toma de signos vitales.
2. Aplicar las medidas preventivas diariamente en los pacientes que presenten RIESGO DE CAIDA.

CRITERIOS CLÍNICOS A EVALUAR DIARIAMENTE	8° Día	9° Día	10° Día	11° Día	12° Día	13° Día	14° Día
	APLICA						
Edad: Es un paciente menor de 6 años o mayor de 70 años.							
La marcha: Débil o está alterada y/o necesita ayuda de aparatos ortopédicos para caminar.							
Diagnósticos: Vértigo, patología coronaria, incontinencia urinaria, o sangrado digestivo.							
Cirugías: Postquirúrgico en sus primeras 24 horas.							
Recibe alguno de los siguientes medicamentos: sedantes, psicotrópicos, antihipertensivos, diuréticos, laxantes, relajantes musculares.							
Alteraciones de la conciencia: agitación, confusión, desorientación, depresión y riesgo suicida y/o crisis convulsivas.							
Se consideran pacientes con RIESGO de Caída, aquellos que presentan al menos 1 criterio de los arriba mencionados. AL IDENTIFICAR EL PACIENTE CON RIESGO DE CAIDA COLOCARLE EL STICKER LILA EN LA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN.							

APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA	8°Día	9°Día	10°Día	11°Día	12°Día	13°Día	14°Día
SEMANA 2. FECHA:							
1. El paciente tiene colocado el Sticker LILA en la manilla de identificación que alerta sobre el riesgo de caída del paciente y se realiza educación al paciente y familia sobre el significado del Sticker LILA.							
2. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermería cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama. (Debe ser con movilización asistida).							
3. Se mantienen las barandas de la cama SIEMPRE ARRIBA y se educa al paciente para que no baje las barandas y use el timbre de llamado de enfermería cuando requiera movilizarse.							
4. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo.							
5. Acompañar el paciente SIEMPRE al baño. Si el paciente no lo permite *(por el respeto a sus derechos y a su privacidad)* no dejarlo solo hasta asegurarse de que está bien sujeto a los soportes.							
6. Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando necesite levantarse y que solo la auxiliar de enfermería puede bajar las barandas de la cama.							
7. Se informa a la familia que el paciente debe permanecer con un (1) acompañante PERMANENTEMENTE.							
8. Se informa al paciente y su familia sobre la importancia del auto cuidado del paciente y seguir las medidas preventivas.							
NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CUIDADOS:							
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:							

Prevención de caídas en el paciente hospitalizado

Página: 1/1 - Código: R-HOSP-0031 - Versión No. 1 - Fecha de creación: 11/02/2013

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/51 M cas/Masculino
Tel:3747426/AVENIDA 6 NORTE # 10 - 33
Serv:HOSPITALIZACION
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
Hab/Salón/Cama
Uni:HUMILTACION 448 T
7483508

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Tenga en cuenta que se requiere la colaboración de la persona que acompaña al paciente para prevenir la caída.

¿Cómo puedo saber si mi familiar presenta ALTO riesgo de sufrir una caída?

*El **Centro Medico Imbanaco** ha identificado criterios clínicos y propios del paciente que nos indican si su paciente puede tener ALTO riesgo de presentar una caída en su proceso de atención.*

Estos criterios son validados al ingreso y estancia en el día a día de su paciente para identificar si uno de los criterios aplica y se deben instaurar medidas preventivos específicas para prevenir que su paciente presente una caída.

Algunos criterios clínicos y propios del paciente con ALTO riesgo de caída:

- *La edad del paciente (Paciente menor de 6 años o mayor de 70 años).*
- *La utilización de aparatos ortopédicos para caminar (caminador, bastón, otros).*
- *Diagnóstico de vértigo, patología coronaria, sangrado de la vía digestiva, patologías en miembros inferiores.*
- *Postquirúrgico en sus primeras 24 horas.*
- *Medicamentos que interfieran con la estabilidad en la marcha del paciente*
- *Problemas neurológicos o estado de conciencia alterado.*

El personal de enfermería evalúa si alguno de los criterios clínicos están presentes en su paciente y se establecen las siguientes medidas preventivas para prevenir que su paciente presente una caída.

Lea estas recomendaciones, verifique la claridad de su contenido y pregunte al personal de enfermería si tiene alguna duda.

1. *Su paciente tendrá en la manilla de identificación un **sticker lila** como alerta que identifica que presenta ALTO riesgo de caída.*



2. *El paciente debe permanecer con un (1) acompañante durante su hospitalización.*



3. *Se deben mantener las barandas de la cama o camilla siempre arriba, mientras el paciente este acostado.*



4. *Mantener la altura de la cama o camilla en el nivel más bajo.*



5. *Se colocan los artículos personales y lo que requiera el paciente al alcance de su mano.*



6. *Acompañarlo siempre al baño o se le debe facilitar para realizar las necesidades fisiológicas en la cama o camilla.*



7. *Use el timbre de llamado de enfermería ubicado en la cama, camilla o en el baño cuando necesite asistencia del personal de enfermería.*



8. *Solo el personal de enfermería puede bajar las barandas de la cama o camilla.*



9. ***La Seguridad del Paciente** requiere del compromiso del paciente y su familia en el cumplimiento de estas recomendaciones.*

Registro de familiares y acompañantes que leen y entienden las recomendaciones emitidas en este formato

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

El acompañante debe firmar este formato al momento del ingreso del paciente al servicio de hospitalización y cada vez que cambie el acompañante.

	Nombre del acompañante del paciente	Firma	Fecha y Hora
DÍA 1	[signature]		03/08/17
DÍA 2	[signature]		04-08-17
DÍA 3	Sm familiar		05-08-17
DÍA 4	Sin familia		06 08/17
DÍA 5	Oscar Polanco		07-08-17.
DÍA 6			
DÍA 7			
DÍA 8			
DÍA 9			
DÍA 10			

NOTA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA: *Las instrucciones presentadas en este formato deben ser informadas al familiar y/o acompañante del paciente, verificar que son entendidas y debe firmar el familiar y/o acompañante en cada uno de los días de la hospitalización del paciente en el turno de la mañana, tarde y noche.*

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS
/ PROCEDIMIENTOS / TRATAMIENTOS MÉDICOS

FECHA Enero 09 de 2018 HC. 16.719.326

NOMBRE DEL PACIENTE Jan Carlo Zapparata Valencia

EDAD DÍAS ____ MES ____ AÑOS 52

ENTIDAD Coomava Medicina Prepagada

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE DEL C M I Dr / Dres Iván Morales Echaverri

ESPECIALISTAS EN Urología.

Yo Jankarlo Zapparata V.

Identificado con la CC X, CE: ___, PA ___ No. 16.719326 expedida en Cali

obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito **en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento** para que por parte de la Institución o de mi médico tratante según el caso, se le practique la siguiente intervención quirurgica y/o procedimiento y/o tratamiento médico.

Fulguración o Resección De Lesión en Pene
Cirugía Programada el 19 de Enero/18 a las 9:30 a.m.

, así como cualquier otra intervención o reintervención ,advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica o posteriormente o durante la hospitalización, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones

1) He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndoseme que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención / procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirúrgica/clínica sino también de las reacciones propias o individuales del organismo del paciente en cada caso, razón esta por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico

2) El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos hospitalarios, profesionales interconsultados, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervencion se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria.

3) *He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso* la aceptación o escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e

igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo

4) Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnóstica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento especifico, éste se diligenciará por separado.

5) Acepto la realización de los procedimientos de transfusiones sanguíneas o de componentes de la sangre (Hemoderivados) que llegaren a ser necesarias durante la intervención o en desarrollo de su evolucion posterior, para lo cual se procederá a tramitar el consentimiento especifico de ley, e igualmente acepto la toma de muestras y practica de biopsias si fuere del caso antes, durante o despues de la intervención principal cuya práctica he consentido, y/o durante el procedimiento y/o hospitalización

6) He tenido oportunidad de dar a conocer al medico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento medico, cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención principal programada/procedimiento/tratamiento médico

7) He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he aceptado, incluido el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse.

8) Se me ha explicado que la intervencion y/o procedimiento(s) cuya practica he aceptado comportan la afectación necesaria de las estructuras anatómicas que corresponden al campo operatorio propio de aquella o estos de acuerdo con las condiciones clínico patológicas que identifican el caso y se me ha advertido que pueden llegar a presentarse alergias medicamentosas, alteraciones de los factores de la coagulación sanguínea no identificados previamente así como afecciones cardiopulmonares inesperadas o reacciones imprevisibles a los agentes anestésicos.

9) Se me ha informado que, a pesar de la adecuada eleccion de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros organos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por éste a su médico tratante. Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales el paciente presenta sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles. En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan características débiles que los hacen frables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir originados en el propio organismo del paciente, o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia.
Durante el postoperatorio inmediato o mediato pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del organo, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención. Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirurgicas.

10) Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles o imprevenibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos. Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a

comprometer de forma temporal o permanente las condiciones de salud del paciente y. en casos extremos, su propia vida.

11) Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosintesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un Banco de elementos de Osteosíntesis o desechado por inservible por parte del CMI. En los casos de retiro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosméticas estas se destruyen. De todo lo anterior se deja constancia

12) **Se advierten de forma general los siguientes riesgos no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento SI: _____ **NO:** _____

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento:

_____

C.C. No. 16219726 **De** Cali

Dirección Av 6 norte 10-98 **Ciudad** Cali

Testigo: _____

C.C. No. _____ **De** _____

Dirección _____ **Ciudad** _____

Médico(s): Dr. Iván Morales Echeverri

Iván Morales Echeverri
UROLOGO
C.C. 7549332
R.M. 2808/90

_____

C.C. No. 7-549-332 **De** Armenia **Reg. Médico:** 2808/90.

C.C. No. _____ **De** _____ **Reg. Médico:** _____

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A. podría ser utilizada con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del CMI, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1 993 y 2378 de 2 008 y, las guías de buenas prácticas clínicas. Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento . SI: ____NO _____.

2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento SI: ____ NO _____.

3- Autorizo que las fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____NO _____.

CONSTANCIA DEL NO CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y SUS RESPONSABLES

El paciente o responsable identificado en la primera parte de este documento, manifiesta expresamente que no otorga el consentimiento para la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento y/o tratamiento médico y declara que asume la responsabilidad legal plena por los efectos de esta decisión, la cual ha sido tomada después de haber escuchado y entendido de Parte del Doctor:_____ los riesgos que para mi salud comporte esta decisión.

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento.

_____

C.C. No. _____ **De:** _____

Testigo: _____

C.C. No._____ **De:** _____

Médico(a): _____

C.C. No. _____**De:** _____ **Reg. Médico:** _____

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD EN PROCEDIMIENTOS DE UROLOGÍA

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719328/52 A os/Masculino
Tel 3747428/AVENIDA 6 NORTE N 10 - 98
Serv UNIDAD DE UROLO
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Pregrado ORO
NroEstudio 0
Dbi ENDOSCOPIA UROLO
8321829

ADMISIÓN DEL PACIENTE

	SI	NO	NA
Verifico identificación correcta del paciente nombres y apellidos completos y número de identificación.	✓		
Verifico autorización del procedimiento de acuerdo a la órden médica.	✓		
Se entrega al paciente encuesta de embarazo para su diligenciamiento.			✓
Se entrega al paciente consentimiento informado del procedimiento a realizar.		✓	
Verifico autorización de insumos especiales si los requiere	✓		
Verifico presencia de acompañante adulto	✓		

Angélica María Montoya
Secretaria Cmpa
Centro Médico Imbanaco Cali S.A.
Firma de la secretaria de admisión

INGRESO DEL PACIENTE

Preparación

	SI	NO
■ **Identificación correcta del paciente:** Nombres y apellidos completos y numero de identificación	✓	
■ **Procedimiento correcto a realizar.**	✓	
■ **Se verifica lateralidad del procedimiento.** Derecho __ Izquierdo __ NA ✓	✓	
■ **Paciente refiere alergias.** SI ✓ NO __ CUAL Hipotensión Diprivan	✓	
■ **Paciente sin prótesis dental.**	✓	
■ **Paciente sin elementos metálicos, sintéticos, joyas u otros.**	✓	
■ **Historia clínica y estudios diagnósticos previos disponibles para el procedimiento.**		✓
■ **Encuesta de embarazo diligenciada y firmada.** SI __ NA ✓		✓
■ **Consentimiento informado y firmado.**	✓	
■ **Entrevista clínica diligenciada.**	✓	

EL PROCEDIMIENTO SE VA A REALIZAR BAJO ANESTESIA LOCAL

[illegible] PROCEDIMIENTO

Antes de la inducción anestésica e inicio del procedimiento

	SI	NO
■ **Identificación correcta del paciente:** Nombres y apellidos completos y número de identificación	✓	
■ **Procedimiento correcto a realizar.**	✓	
■ **Se verifica lateralidad del procedimiento.** Derecho __ Izquierdo __ NA ✓	✓	
■ **Máquina de anestesia y monitoría lista, completa, conectada y funcionando de acuerdo al procedimiento.** NA		✓
■ **Torre de video y equipos necesarios completos y funcionando de acuerdo al procedimiento.** NA		✓
■ **Set de medicamentos, instrumental, accesorios y dispositivos médicos completos y disponibles según el procedimiento.**	✓	
■ **Laringoscopio, tubos, y máscaras disponibles.** NA		✓
■ **Riesgo de intubación difícil identificado y equipo disponible.** SI __ NA ✓	✓	
■ **Aspiración lista, conectada y funcionando.**	✓	
■ **Estudios clínicos e imágenes diagnosticas disponibles en la sala y verificadas para el procedimiento.**	✓	

▶▶▶ PAUSA (TIME OUT) ◀◀◀

	SI	NO
Profilaxis antibiótica correcta y administrada a tiempo. NA		✓
Equipo humano completo.	✓	
El equipo asistencial confirma el procedimiento correcto a realizar.	✓	
▶▶▶ INSTRUMENTADORA ◀◀◀		
Verifica indicadores de esterilización óptimos.	✓	
Confirmación de equipos e insumos especiales solicitados para el procedimiento.	✓	
Conteo inicial de agujas, gasas y elementos.	✓	

FINALIZADO EL PROCEDIMIENTO

Antes de la salida del paciente de la sala

	SI	NO
■ **Conteo final de agujas, gasas y elementos.**	✓	
■ **Marcación de muestras anatomopatológicas.** NA	✓	
■ **Registro de anestesia diligenciado.**	✓	
■ **El cirujano, el anestesiólogo y el equipo de enfermería revisan las recomendaciones clínicas especiales para la recuperación del paciente**	✓	
■ **Traslado del paciente a recuperación con anestesiólogo**	✓	

EGRESO DEL PACIENTE

	SI	NO
Vigilancia del estado de conciencia y hemodinámico del paciente (Se realiza registro en la HC)	✓	
Informe del procedimiento, ordenes médicas y registro de anestesia diligenciados	✓	
Verifico que el sitio de venopunción no presenta signos de flebitis.		✓
Entrega de informe del procedimiento, ordenes médicas, estudios previos y pertenencias del paciente	✓	
Entrega al paciente de muestras anatomo patológicas completas y rotuladas correctamente	NA	
Información completa y correcta al paciente sobre el manejo a seguir con la muestra anatomo patológicas	NA	
Verifico presencia de acompañante adulto	✓	

World Health Organization

Marcela
FIRMA DEL CIRUJANO

FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO

FIRMA DE LA INSTRUMENTADORA

ADRIANA C.
FIRMA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE PREPARACIÓN

MARTA
FIRMA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL PROCEDIMIENTO

**Esta lista de chequeo es una modificación de la sugerida por la OMS y comité de seguridad SCARE.*

Fecha elaboración: Agosto 2012
Versión No. 1

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS / TRATAMIENTOS MEDICOS
APLICACIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE

FECHA: 04/07/2018

NOMBRE DEL PACIENTE: ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO

HC: CC 16719326

EDAD: 52 AÑOS

ENTIDAD: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE DEL C M I. Dr.

ESPECIALISTAS EN: _____

Yo,ZAPPARRATA VALENCIA JAN CARLO

Identificado con la CC: _x_, CE: ___, PA· ___. No. 16719326 expedida en _____

Obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique la : APLICACION DE MEDIO DE CONTRASTE

Así como cualquier otra intervención o re intervención, advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica o posteriormente o durante la atención/tratamiento, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

1) He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amenta,la práctica del procedimiento y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia, los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse y pronóstico inicial y, se me ha dado información general pertinente advirtiéndoseme que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados del procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón está por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico.

2) El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria.

3) Si aplica, he elegido libremente a mi médico tratante y autorizo a este a la escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones clínicas Se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse.

4) He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la atención /procedimiento/ tratamiento médico, cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la atención, /procedimiento/tratamiento médico programado.

5) Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles o imprevenibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos. Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a comprometer de forma temporal o permanente las condiciones de salud del paciente y, en casos extremos, su propia vida.

6) Declaro que he dado a conocer al personal asistencial información veraz sobre mis antecedentes personales, alérgicos, medicamentosos, patológicos y sospecha de embarazo (si aplica). Certifico que he seguido cabalmente las recomendaciones o preparación ordenadas por el personal asistencial para la realización de la atención/ procedimiento/ tratamiento médico programado, así como también he informado de los medicamente que actualmente recibo.

7) Se advierten de forma general los siguientes riesgos no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta:

REACCIONES TOXICAS O QUIMIOTOXICAS
- Deterioro de la función renal
- Hipotensión
- Taquicardia
- Inotropismo y cronotropismo negativos
- Arritmias

- Paro cardiaco – actividad eléctrica sin pulso
- Trombosis venosa
- Muerte

REACCIONES POR HIPERSENSIBILIDAD INMEDIATA
- Eritema
- Prurito
- Urticaria
- Angioedema
- Estornudos
- Tos
- Broncoespasmo
- Disnea
- Edema laringeo

REACCIONES POR HIPERSENSIBILIDAD TARDIA
- Síndrome seudogripal
- Fiebre
- Escalofrío
- Nauseas
- Vomito
- Dolor abdominal
- Fatiga
- Parotiditis

8) Se me han explicado las alternativas de tratamiento:

_____

9) Se me han explicado los beneficios del procedimiento indicado por el medico:

_____

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clinica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del CMI, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2.008 y, las guías de buena prácticas clinicas Con este unico fin autorizo que mi Historia Clinica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clinica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explicitamente autorizadas
En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento SI:___ NO: ___

2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad
En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ___ NO ___

3- Autorizo que las fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes.
En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento SI:___ NO.___

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA QUE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

_____

C.C.No. 1671926 **De** Cali

Dirección_____ **Ciudad**_____

Testigo:_____

C.C.No._____ **De** _____

Médico(s):_____

C.C. No._____ **De**_____ **Reg. Médico:** _____

C.C. No._____ **De**_____ **Reg. Médico:** _____

Centro Médico Imbanaco Vocación de Servicio	UNIDAD DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS ENTREVISTA PARA RESONANCIA MAGNETICA	Página: 1/1 Código: R-IDG-015 Versión :03 Fecha: Abril 2018

FECHA DE LA ENTREVISTA: Julio 4 2018.

A. Verificar si:

- El paciente tiene alteraciones en estado de conciencia: como agitación, confusión, desorientación o convulsiones. Si: ✓ , No: ____
- Limitaciones al caminar: Si: ____ , No: ✓
- Menor a 5 años o mayor a 70 años: Si: ____ , No: ✓

NOTA: Si el paciente cumple con alguno de los criterios anteriores el paciente requiere **ACOMPAÑAMIENTO CONTINUO.**

B. Un procedimiento de Resonancia Magnética puede durar de 15 a 60 minutos, en ocasiones especiales un poco más. El técnico de Resonancia le explicará a usted cualquier duda antes del procedimiento.

C. Datos clínicos: Colocacion N/neuroestimulador Medular - junto medico por dolor pos Qx que no cede.

D. Antecedentes quirúrgicos: Qx columna 3. Ocasiones. implantes. Explantado hace 3.

E. Dispone de estudios anteriores SI X # RAD NO ____

F. Requiere resultado de creatinina: SI X No 082 Depuración 923.

G. Usted debe retirarse todas las joyas, tarjetas con banda magnética, reloj, documentos, llaves, anteojos y no tener adornos en su cabello. Sus bolsillos deben estar completamente vacíos. Se le proveerá un casillero (locker) para guardar todos estos elementos y su bata para entrar adecuadamente al examen.

H. Por favor señale con (x) si tiene alguno de los siguientes dispositivos en su cuerpo. Si no los tiene favor dejar espacio en blanco.

Marcapaso cardiaco.....	☐	Clips en aneurisma....	☐
Desfibrilador cardíaco implantado....	☐	Neuroestimulador.....	☐
Bioestimulador.....	☐	Electrodos internos.....	☐
Implantes cocleares, auditivos.....	☐	Bomba de insulina.....	☐
Material de embolización.....	☐	Filtro venoso o Stent....	☐
Cuerpos extraños/proyectiles, balas...	☐	Prótesis de pene.....	☐
Grapas quirúrgica.....	☐	Catéteres.....	☐
Stent cardiaco.....	☐	Implante dental.....	☐
Maquillaje permanente.....	☐	Tatuajes.....	☐

RESONANCIA MAGNETICA
FECHA 04/07/2018 6 13 00 a m
ENVIAR A
DOCTOR
PACIENTE
JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
D.I CC 16719326
ESTUDIOS 2011837
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE

I. Aunque la Resonancia Magnética no produce ningún efecto biológico en las personas, hay situaciones en las que el estudio se puede ver alterado técnicamente, por lo que es necesario que nos responda el siguiente cuestionario:

	SI	NO
1. Le han realizado resonancias previas.....	☑	☐
2. Es usted claustrofóbico-a.....	☑	☐
3. Le han realizado algún procedimiento o cirugía.....	☐	☑
En la cabeza? (clipaje de aneurisma, cirugías de Oídos, etc.)		
Cual: _____		
4. Ha tenido accidentes en sus ojos por materiales Metálicos?.....	☐	☑
5. Está en embarazo o tiene sospecha?.....	☐	☑
6. Esta amamantando?.....	☐	☑

PARA EL PACIENTE

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA, HE LEÍDO Y ENTENDIDO EL CONTENIDO DE ÉSTA Y APRUEBO LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE RMN QUE ME SERÁ REALIZADO.

NOMBRE PACIENTE O ACUDIENTE: Jancarlo Zapparrata

FIRMA: _____ C C: 1671932 6

TALLA (cm): 179 PESO (Kg): 86

PARA EL PERSONAL

En caso de que el paciente sea remitido favor colocar nombre y cargo de quien realiza La entrevista.

NOMBRE: _____

CARGO: _____

ESTUDIO RMN A REALIZAR: C/S. S y C.

TECNÓLOGO RMN: Julian O.

AUXILIAR QUE REALIZA LA ENTREVISTA: auxiliar cina C.

NOTA: En caso de cumplir con alguno de los criterios del literal H y/o I debe realizarse la nota en la historia clínica una vez sea dada la explicación respectiva al paciente.

Valoración pre-anestésica

Registro de Anestésia Página: 1/1 Código: R-CIR-0013 Versión No. 2 Fecha de creación: abril de 2013

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de diligenciamiento 4 07 2018 Fecha de cirugía 4 07 2018 Hora

Nombres y Apellidos Jan Carlo Zapparata Valencia | Sexo F ☐ M ☒ | Edad 52 Día(s) Mes(es) Año(s) ☒ | Ocupación — | Entidad Cmp

Diagnóstico Espondilolistesis L5, | Procedimiento RMN Lumbosacra | Cirujano —

ANTECEDENTES

QUIRÚRGICOS Hemorragia - Infecciosos Ninguno

ANESTÉSICOS (General, Regional) NVPO - Hipotermia - Dolor incontrolado - Insomnio - Agitación

MÉDICOS (CV, Respiratorio, Renal, Hematológico, Endocrino, GI, Inmunológico, Neurológico, Psiquiátrico, Neuromuscular, Piel)

HTA Enalapril
DM Metformina

Medicamentos Losartan omeo 20 pidona
Alérgicos Ninguno conocido
Trasfusionales
Hemorrágicos
Tóxicos - Adicciones Fuma el doble dipnea | Sinulfan | Tramadol
Ginecoobtétricos: FUM: No recuerda pero tiene 2 hijos. Alergia a Dipirona | Hidrompfen |

ANTECEDENTES FAMILIARES: Problemas de anestesia - Alergias - Hemorragias - Hipercoagulación - Anémias - Musculares - Otros

EXAMEN FÍSICO

Apariencia general Buen Condiciones

Presión arterial mmHg	Sentado / Decúbito	Frecuencia cardiáca Latidos/min	Frecuencia respiratoria Respirac./min	Pulsoximetría %	Temperatura °C	Peso	Talla	IMC
140/90	☐ / ☒	68	16	95	—	86 Kg	1 m 74	

Cabeza y cuello:

Lentes de contacto	☒ No ☐ Si	Masas en cuello	☐ Si	☒ No	
Apertura Oral	☐ > 3cm ☐ < 3cm	Mallampati	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4		
Dientes Flojos	☐ No ☐ Si	D. Tiromentoniana	☒ > 6.5cm	☐ < 6.5cm	
Protrusión Dental	☐ Si ☐ No	D. Esternomentoniana	☐ 12cm	☐ < 12cm	
Prótesis	☐ No ☐ Si				

Tórax:

Ruidos cardiácos	☒ Normal ☐ Anormal	Explique:
Auscultación pulmonar	☒ Normal ☐ Anormal	Explique:

Abdomen

Extremidades: Fácil venopunción para líquidos endovenosos - Insuficiencia venosa - Edemas - Test de Allen

Espalda: Fácil para conductiva

Otros

EXÁMENES

Hb/Hcto		Glicemia		TSH	
Leucocitos		Creatinina	0.87	Albúmina	
Plaquetas	/	Na+			/
TP	/	K+			
PTT		Cl -			

P de O

EKG / ECO / Esfuerzo / Catetersmo 4

Rayos X de tórax

Otros estudios

PLANES

Riesgo: ASA 2-3 NYHA 1 Glasgow 15 Otras

Preoperatorio: Premedicación Ayuno: Profilaxis TVP/TEP: Profilaxis antibiótica (PPS). Hemoderivados: Preparación de colon ☐

Operatorio: ☒ Sedación ☐ A. Local ☐ A. Conductiva ☐ A. General ☐ IOT ☐ INT ☐ LMA ☐ C. Nasal Monitoría: Compresión neumática: ☐

Postoperatorio: Analgesia ☒ Ambulatorio ☐ Hospitalizado ☐ Intermedio ☐ UCI ☐ UCI-Pediátrica ☐ UCI-RN

Interconsultas: Otros:

Nombre del anestesiólogo y firma: Adriana M Cano

Consentimiento para procedimientos anestésicos

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Yo, _____ identificado con documento de identidad; Tipo [1] _____ No. _____, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología del Centro Médico Imbanaco, a realizar en mi o en el (la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica: _____

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el anestesiólogo empleara todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración.

Técnica general y sedación: Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión de labios y/o dientes, laringoespasmo, bronco espasmo, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognoscitivas y psicomotoras, sueños o recuerdos intraoperatorios, infarto, tromboembolismo pulmonar, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorespiratorio y muerte.

Técnica conductiva neuroaxial. Hematoma, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, vejiga miogenica o retención urinaria, paro cardiorespiratorio y muerte. Además se me explica el manejo del dolor con analgesia pendural ambulatoria con bombas PCA la cual tiene los mismos riesgos de la técnica conductiva.

Bloqueos Regionales. Neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o escoriaciones piel, paro cardiorespiratorio y muerte.

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos impredecibles como reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, productos sanguíneos, y/o elementos de monitoria.

La anestesia será administrada por uno de los anestesiólogos socio o adscrito del Centro Médico Imbanaco, entendiendo también que puede participar más de uno si llega la hora de cambio de turno.

Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos, y gineco-obstetricos, incluyendo la capacidad de estar embarazada, así como las alergias, consumo de sustancias toxicas como alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos, y potenciales complicaciones.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Firma. _____ 1621932 6

Documento de identidad: Tipo: _____ No: _____

TESTIGO

_____ Firma: _____

Nombre: _____

Documento de identidad: Tipo: _____ No: _____

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente/ tutor comprende(n) completamente lo que he explicado.

MÉDICO ANESTESIÓLOGO

Firma: _____ Fecha de diligenciamiento _____

Sello

DD MM AA

1 Tipo: CC: Cédula de ciudadanía; CE: Cédula de extranjería; PA: Pasaporte.

Evaluación previa a la inducción

Fecha: 4/ UII /18 ASA 2 TA 110/70 FC 60 FR 16 TEMP — Sat 02:

Medicamentos _____

1. Responda los cambios de su salud desde la pre-anestesia hasta el día hoy:

¿Tiene tos o catarro? Si [ ] No [✓] ¿Esta orinando bien? Si [✓] No [ ] Tiene heridas o pus en la piel? Si [ ] No [✓]

¿Ha tenido cefalea o mareos? Si [ ] No [✓] ¿Tiene cólicos abdominales o diarrea? Si [ ] No [✓]

¿Tiene algo que agregar usted que considere importante, antes de la anestesia? Si [ ] No [✓] Esta usted en ayuno? Si [✓] No [ ]

¿Cuánto tiempo de Ayuno? _____ Tiene exámenes solicitados en la pre anestesia pendientes? Si [ ] No [ ]

¿Cuáles? _____

Firma del médico

Registro Anestésico

Fecha | | |

PACIENTE:

Diagnósticos

Procedimiento

Anestesiólogos

Cirujano

Ayudante

Instrumentadora

Circulante

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Eventos Intraoperatorios

1.
2.
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12.
13
14
15
16
17
18

ANESTÉSICOS

FiO_2

EVENTOS IOP

EKG
SpO2
EtCO2
TEMP
BIS
RNM
Diuresis
PVC

Hora

200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 35 30 25 20 15 10 5

Técnica Anestésica

- ☐ General Inhalatoria
- ☐ Intravenosa
- ☐ Multimodal
- ☐ Pendural
- ☐ Espinal

Aguja No _____ Catéter _____

Nivel punción _____

Nivel anestésico _____

Bloqueo _____

- ☐ Sedación
- ☐ Local controlada

Vía Aérea

- ☐ Cánula ☐ Máscara
- ☐ LMA ☐ Traestrach
- ☐ Proseal ☐ Flexible
- ☐ IOT ☐ INT
- ☐ Fibroscopía

Tubo doble luz

- ☐ Derecho ☐ Izquierdo
- ☐ Sellick ☐ Cormack

No _____

VENTILACIÓN

Modo: _____
FR: _____
VM: _____
Pva: _____
Peep: _____

GASES SANGUINEOS

Hora	pH	pCO_2	paO_2	HCO_3	SAT	BE	LACT

BALANCE DE LIQUIDOS

Eliminados		Administrados	
Diuresis		Lactato Ringer	
Pérdidas insensibles		Solución salina	
Diuresis		Coloides	
Sangrado		Sangre	
Otros		Glóbulos rojos	
		Otros	
Total		Total	

Traslado a: _____

- ☐ Fase I de recuperación Anestésica
- ☐ Fase II de recuperación Anestésica

UCIM UCI UCI-P UCI-RN

Tiempos

Inicio de anestesia _____
Inicio de cirugía _____
Fin cirugía _____
Fin anestesia _____

Nota entrega anestesiólogo

FIRMA _____

Traslado de quirófano a la Unidad de Cuidados Postanestésicos

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Sticker

Hora de traslado | Complicaciones Intraoperatorias

INGRESA CON

- ☐ Canalización venosa
- ☐ Canalización arterial
- ☐ Hemovac
- ☐ Catéter Peridural
- ☐ Catéter Central
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Tubo Endotraqueal
- ☐ Tubo de Tórax
- ☐ Sonda Nasogástrica Drenaje
- ☐ Otro(s), ¿ Cual(es)? _____

VALORACIÓN DE ACUERDO ANESTESIA RECIBIDA A LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

ESCALA DE ALDRETTE

SPO2	(2)	Capaz de mantener saturación de Oxigeno >92% en aire ambiente
	1	Requiere Oxígno para mantener saturación de Oxígeno mayor a 90%
	0	Saturación de Oxígeno < a 90%incluso con suplemento de oxígeno
CIRCULACION	(2)	TA+-20% del nivel preanestesico
	1	TA+-20%-49% del nivel preanestesico
	0	TA+-50% del nivel preanestesico
RESPIRACION	(2)	Capaz de respirar profundamente o toser libremente
	1	Apnea, respiración limitada o taquipnea
	0	Apneico o con respiración artificial
MOVIMIENTO	(2)	Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo ordenes
	1	Capaz de mover las 2 extremidades voluntariamente o bajo ordenes
	0	Capaz de mover las 1 extremidad voluntariamente o bajo ordenes
CONCIENCIA	(2)	Despierto
	1	Despierta al llamado
	0	Dolor agudo que requiere medicación parenteral
TOTAL		

ESCALA BROMAGUE

(0)	No bloqueo motor
1.	Capacidad de sentarse
2.	Capacidad de flexionar la rodilla con ausencia de debilidad
3.	Inhabilidad para levantar la pierna extendida , puede mover la rodilla
4.	Inhabilidad para flexionar la rodilla, puede mover el pie solamente
5.	Inhabilidad para flexionar el tobillo, inhabilidad para mover el pie y la rodilla

ESCALA RAMSAY

Nivel 1	Paciente agitado, ansioso o inquieto.
Nivel (2)	Paciente cooperador, orientado y tranquilo.
Nivel 3	Dormido con respuesta a órdenes.
Nivel 4	Dormido con breves respuestas a la luz y el sonido.
Nivel 5	Dormido con respuesta sólo al dolor

Eventos detalles del traslado

Ordenes médicas por anestesiólogo para la U.C.P.A.

Hora de alta y de salida UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTESICOS

Firma del médico

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROCEDIMIENTOS CON ANESTESIÓLOGO

Fecha: 04.07.18

RESONANCIA MAGNETICA
FECHA 04/07/2018 6 13 00 a m
ENVIAR A
DOCTOR
PACIENTE
JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
D I CC 16719326
ESTUDIOS 2011837
RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE

Se verifica:

ADMISIÓN DEL PACIENTE	SI	NO	N/A
Verifica identificación del paciente (con los dos identificadores)	✓		
Verifica autorización del procedimiento según orden médica	✓		
Verifica autorización de insumos especiales si los requiere	✓		
Verifica presencia de acompañante adulto	✓		

Firma de la secretaria

ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Ingreso del paciente

Verificación de datos del paciente:

	SI	NO	N/A
■ Identificación correcta del paciente.	✓		
■ Procedimiento correcto a realizar.	✓		
■ Ayuno y/o preparación correcta.	✓		
■ Antecedentes alérgicos. Cual: _____	✓		
■ Consentimiento médico informado y registro de anestesia firmado.	✓		
■ Entrevista clínica por enfermería diligenciada y firmada.	✓		
■ Preparación del paciente para el procedimiento.	✓		
■ *Canalización de vena, rotulada correctamente (fecha, hora, No. catéter)*			

MSI #20.

PROCEDIMIENTO

Pre - Trans procedimiento

Se verifica:

TÉCNICO	SI	NO	N/A
■ Verificación de funcionamiento de equipos. Resonador , escanógrafo e inyectores de medio de contraste.	✓		

AUXILIAR DE ENFERMERÍA/ MÉDICO ANESTESIÓLOGO	SI	NO	N/A
■ Máquina de anestesia lista, conectada y funcionando, incluidos gases anestésicos.	✓		
■ Monitoria requerida funcionando.	✓		
■ Acceso venoso permeable.	✓		
■ Laringoscopio, tubos y máscaras disponibles.	✓		
■ Set de medicamentos de anestesia requeridos por el anestesiólogo completos.	✓		
■ Succión lista, conectada y funcionando.	✓		✓
■ Sistema del calentamiento del paciente.		✓	

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO

Recuperación

Se verifica:

	SI	NO	N/A
■ Traslado del paciente a sala de recuperación.	✓		
■ Registro de anestesia diligenciado.	✓		
■ Condiciones clínicas del paciente según escala de Aldrette.	✓		
■ Información al familiar sobre estado del paciente.	✓		
■ Tolerancia de vía oral líquida y/o diuresis.	✓		
■ Se retira acceso venoso.	✓		

World Health Organization

Se verifica:

SALIDA DEL PACIENTE	SI	NO	N/A
Paciente sale con acompañante adulto	✓		
Se le informa al familiar día para reclamar los resultados del procedimiento.	✓		
Entrega de pertenencias.	✓		
Se dan recomendaciones sobre cuidados posteriores en casa.	✓		

N A
FIRMA MÉDICO RADIÓLOGO

CRUZ
FIRMA MÉDICO ANESTESIÓLOGO

LINA C
FIRMA AUXILIAR DE ENFERMERIA

N A
FIRMA JEFE ASISTENCIAL

**Esta lista de chequeo es una modificación de la sugerida por la OMS y comité de seguridad SCARE.*

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

TRANSFERENCIA DE PACIENTES

ADMISIONES - EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA

No Ingreso:	No. Historia:	Fecha:
11382955	CC-16719326	27/10/2018 8:30:00 a. m.
Ingresa a:		Habitación:
CIRUGIA - SEDE PRINCIPAL		

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
ZAPPARRATA	VALENCIA	JAN	CARLO

Tipo y Documento de Identidad:	Sexo:	Fecha Nacimiento:	Edad:	Nacionalidad:
CC-16719326	Masculino	22/10/1965	52 Años	COLOMBIA

Dirección de Residencia:	Barrio:	Teléfono Fijo:	Celular:	Ciudad:
AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08	NACIONAL	3747428	3206364453	SANTIAGO DE CALI

Correo Electrónico: zapparrata@hotmail.com

DATOS RESPONSABLE

Nombre Completo Responsable:
JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA

Tipo y Documento de Identidad:	Edad:	Nacionalidad:
CC-16719326	52 Años	COLOMBIA
Dirección de Residencia: AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08	**Teléfono Fijo:** 3747428	**Teléfono Celular:** 3206364453
Dirección Oficina:	**Teléfono:** 321 276 33 49 ACOMPAÑANTE	**Correo Electrónico:**

DATOS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)

Entidad	Nit	Plan	Contrato	Nro. Poliza	Tipo Afiliado	Rango Salarial
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S A.	805 009 741-0	PROGRAMA ORO	01-	05 61622 1 00 0	Cotizante	
COOMEVA EPS-C S.A.	805 000 427-1	SERVICIO COMPLEMENTARIO PLAN VOLUNTARIO	02			
PARTICULAR	3	1 PARTICULAR	01			

Médico Tratante CASAS CASTILLO GERARDO

DATOS DE LA AUTORIZACIÓN DE RESPONSABLE DE PAGO (ERP)

Tipo de Admisión: **POR EVENTO**

Paquete/Procedimiento Cotizado:

Valor Paquete/Procedimiento Cotizado:

Tipo Orden	Numero de Orden	%	Entidad	Paciente	Tope	Días Hospitalización
Formato de Transferencia	11382955	100 00	0.000	0.000	0.000	0
Estancia	31570391	100.00	0.000	0.000	0.000	0
Material de Osteosíntesis	31570399	100.00	0.000	0.000	11718600 000	0
Honorarios de Cirujano	31570381	100 00	270000.000	0.000	0.000	0
Honorarios de Cirujano	31570352	100.00	1620000.000	0.000	0.000	0
Honorarios de Cirujano	31570334	100.00	2160000.000	0.000	0.000	0
Honorarios Anestesiologo	31570384	100.00	108000.000	0.000	0.000	0
Honorarios Anestesiologo	31570355	100.00	648000.000	0.000	0.000	0
Honorarios Anestesiologo	31570335	100.00	864000 000	0.000	0.000	0
Honorarios Ayudantes	31570336	100.00	648000.000	0.000	0.000	0
Honorarios Ayudantes	31570356	100 00	0.000	0.000	0.000	0
Honorarios Ayudantes	31570385	100.00	81000.000	0.000	0.000	0
Cirugía	6171	100.00	0.000	0.000	0.000	0
Material de Osteosíntesis	6173	100 00	0.000	0.000	11718630.000	0
Cirugía	14048-2404	100.00	0.000	0.000	0.000	0
Honorarios de Cirujano	6169	100.00	0.000	0.000	0.000	0
Honorarios Anestesiologo	6169	100.00	0 000	0.000	0.000	0
Honorarios Ayudantes	6169	100.00	0.000	0.000	0.000	0
Otros - Insumos	14048-2355	100 00	0.000	0.000	36388862.000	0

Motivo de la Atención: CIRUGIA

Procedimiento Programado: REVISION REFUSION LUMBAR CON INSTRUMENTACION Y CON CAJA INTERSOMATICA VIA ANTERIOR Y POSTERIOR

Procedimiento Autorizado: EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO (EXCEPTO SEGMENTO CERVICAL) Y RAICES ESPINALES, POR FORAMINOTOMIA POSTERIOR+REFUSIÓN DE COLUMNA TORACICA, VIA ANTERIOR O LATERAL CON INJERTO E INSTRUMENTACIÓN
+REFUSION DE COLUMNA LUMBAR, VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL, CON INJERTO E INSTRUMENTACION

INFORMACIÓN DE COBERTURAS Y/O GENERAL:
Se le informa al paciente las siguientes coberturas:

PACIENTE PRESENTA ORDEN DE CLINICA PARA PROCEDIMIENTO INCLUYE HOSPITALIZACION,
PRESENTA ORDEN DE CIRUJANO A NOMBRE DEL DR, CASAS CASTILLO GERARDO CON COBRO DIRECTO AL MEDICO, ORDEN DE ANESTESIOLOGO, ORDEN DE AYUDANTE CON COBRO DIRECTO A EL MEDICO
ADICIONAL PRESENTA ORDEN POR COBERTURA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS HASTA EL TOPE DEL PROGRAMA $11.718 600
PRESENTA ORDEN GENERADA POR EPS BAJO COTIZACION CMISS-7962-2018 POR VALOR DE $ 36.388.862 CON CORREO DE SOLUCION SALUD DANDO VISTO BUENO PARA PROGRAMAR.
ADRES.ACTIVO COOMEVA E.P.S S A. CONTRIBUTIVO 22/08/2001 31/12/2999 COTIZANTE
SE VALIDAN DERECHOS DEL PACIENTE Y SE ENCUENTRA.ACTIVO, COTIZANTE, RANGO 2, SEMANAS 892, VALIDACION #0026840367

INFORMACIÓN DE NO CUBRIMIENTOS (EXCLUSIONES):
Se le informa al paciente las siguientes exclusiones:

ELEMENTOS DE USO PERSONAL O DESECHABLES, NO CUBRE INMOVILIZADORES, NO CUBRE PROTESIS, INJERTOS, NO CUBRE [illegible]. NO CUBRE [illegible] EL MANEJO DEL DOLOR POST QX.

Shary Tatiana Escobar
Auxiliar de Admisiones
Conmutador 602 1000 Ext. 20006 - 20005

Admisiones: **Gabriela Pardo Gañan**

NO SE HACEN DEVOLUCIONES EN EFECTIVO SUPERIORES A CIEN MIL PESOS
En el evento de tener una devolución después de liquidada la cuenta a mi favor superior a cien mil pesos, consignaría en la:
Cuenta Corriente____ Ahorros ____ No. _____ Banco: _____
a nombre de: _____ o cheque a nombre de: _____
con C.C. # _____

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ACEPTO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO SOBRE LAS NO COBERTURAS DE MI ASEGURADORA

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A. para consultar y reportar, en cualquier tiempo, en centrales de riesgos, toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito por servicio. Autorizo al CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A. para tratar mi información personal, de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales, dispuesta en la página web: www.imbanaco.com y que me dió a conocer antes de recolectar mis datos personales. Así mismo declaro que he revisado la información del presente documento y que la encuentro completa y ajustada a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo mi responsabilidad, la presento para el trámite respectivo del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.

Acepta _____ C.C. 16 719 926

OsteoSponge Filler Fine 10 0cc
B180229-226
Prod Code 109310 Exp 2023-05-22
LBL 210-0011-3

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS
/ PROCEDIMIENTOS / TRATAMIENTOS MÉDIC

Dipirona
Hidrohorkng

FECHA: Agosto 17/18 HC: 16719326

NOMBRE DEL PACIENTE: Jan Carlos Zapparrata

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/53 AÑos/Masculino
Tel 3747428/AVENIDA 8 NORTE # 18 - 50
Serv Cirugia
Ent.COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi SP SALA02
8868228

EDAD: DÍAS: ____ MES: ____ AÑOS: 52

ENTIDAD: Coomeva MP

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE DEL C.M.I. Dr. / Dres. Gerardo Casas Castillo

ESPECIALISTAS EN: Ortopedia y Traumatología

Yo, Jancarlo Zapparrata Valencia

Identificado con la CC: X, CE: ___, PA: ___, No. 16719326 expedida en Cali

obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito **en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento** para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique la siguiente intervención quirúrgica y/o procedimiento y/o tratamiento médico:

Revision Refusion lumbar con instrumentacion y con caja intersomatica via anterior y Posterior

, así como cualquier otra intervención o reintervención ,advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica o posteriormente o durante la hospitalización, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones:

1) He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndoseme que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención / procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirúrgica/clínica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón esta por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico.

2) El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos hospitalarios, profesionales interconsultados, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria.

3) He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso la aceptación o escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e

igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo.

4) Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnóstica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento especifico, éste se diligenciará por separado.

5) Acepto la realización de los procedimientos de transfusiones sanguíneas o de componentes de la sangre (Hemoderivados) que llegaren a ser necesarias durante la intervención o en desarrollo de su evolución posterior, para lo cual se procederá a tramitar el consentimiento especifico de ley, e igualmente acepto la toma de muestras y practica de biopsias si fuere del caso, antes, durante o después de la intervención principal cuya práctica he consentido, y/o durante el procedimiento y/o hospitalización.

6) He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención principal programada/procedimiento/tratamiento médico.

7) He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he aceptado, incluido el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse.

8) Se me ha explicado que la intervención y/o procedimiento(s) cuya práctica he aceptado comportan la afectación necesaria de las estructuras anatómicas que corresponden al campo operatorio propio de aquella o estos de acuerdo con las condiciones clínico patológicas que identifican el caso y se me ha advertido que pueden llegar a presentarse alergias medicamentosas, alteraciones de los factores de la coagulación sanguínea no identificados previamente así como afecciones cardiopulmonares inesperadas o reacciones imprevisibles a los agentes anestésicos.

9) Se me ha informado que, a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros órganos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por éste a su médico tratante. Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales el paciente presenta sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles. En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan características débiles que los hacen friables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas. Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir originados en el propio organismo del paciente, o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia.
Durante el postoperatorio inmediato o mediato pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención. Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas.

10) Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles o imprevenibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos. Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a

comprometer de forma temporal o permanente las condiciones de salud del paciente y, en casos extremos, su propia vida.

11) Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosíntesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un Banco de elementos de Osteosíntesis o desechado por inservible por parte del CMI. En los casos de retiro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosméticas estas se destruyen. De todo lo anterior se deja constancia.

12) **Se advierten de forma general los siguientes riesgos no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta:**

Infección - Sangrado; Lesión de
Nervio o Tejido dental
Dolor residual o persistente
Falla de la instrumentación
Reintervención
Complicaciones Anestesia

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: X **NO:** ____

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento:

Jaime Leonardo Zapata Valencia

C.C. No. 16719376 **De** Cali

Dirección Av 8 Norte 10-98 Apt 11-08 **Ciudad** Cali

Testigo: ____

C.C. No. ____ **De** ____

Dirección ____ **Ciudad** ____

Médico(s): Cirujano

Gerardo Casas
ORTOPEDIA Y COLUMNA
CC.16.629.449 CALI TP: 7606/85

C.C. No. 16629445 **De** Cali **Reg. Médico:** ____

C.C. No. ____ **De** ____ **Reg. Médico:** ____

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del CMI, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1.993 y 2378 de 2.008 y, las guías de buenas prácticas clínicas. Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento . SI: ____NO: _____.

2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____NO: _____.

3- Autorizo que las fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____NO: _____.

CONSTANCIA DEL NO CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y SUS RESPONSABLES

El paciente o responsable identificado en la primera parte de este documento, manifiesta expresamente que no otorga el consentimiento para la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento y/o tratamiento médico y declara que asume la responsabilidad legal plena por los efectos de esta decisión, la cual ha sido tomada después de haber escuchado y entendido de Parte del Doctor:_____ los riesgos que para mi salud comporte esta decisión.

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento:

_____

C.C. No. _____ **De:** _____

Testigo: _____

C.C. No._____ **De:** _____

Médico(s): _____

C.C. No. _____**De:** _____ **Reg. Médico:** _____

COD 60801457

Centro Médico Imbanaco — Vocación de Servicio	**CONSENTIMIENTO DE SUMINISTRO DE ALIMENTOS DEL CMI**	**Página: 1/1** **Código: R-GCAM-070** **Versión No: 1** **Fecha: Octubre 2017**

Ciudad / Fecha: 27-10-17 Hora: 1650

Yo Jan Carlo Zapparrata identificado con C.C# 16'719.326 y mi acompañante Clara Stella Gomez (responsable del paciente), identificado con C.C# 31'994.925,

Conociendo:

1) Que existen deberes del paciente, dentro de los cuales están:

- Aportar la información necesaria para la atención médica.
- Colaborar en todos los aspectos relacionados con el cuidado y tratamiento de mi enfermedad.
- Cumplir con las instrucciones e indicaciones que el cuerpo médico sugiera para mi tratamiento.

2) Que el Centro Médico Imbanaco tiene una política de ingreso y consumo de alimentos, de la cual me han informado y en la que la dieta que requieren los pacientes está sujeta a un plan alimentario individual susceptible a cambios sólo por el personal de salud de la organización.

3) Que el Centro médico Imbanaco solo puede responsabilizarse por la calidad de los alimentos preparados institucionalmente para el paciente, con base en las órdenes médicas.

Me comprometo a:

1) NO suministrar alimentos y bebidas que estén fuera de la dieta prescrita por el personal idóneo y que no sean suministrados por la propia organización (el suministrar alimentos no autorizados puede generar desenlaces clínicos no esperados o complicaciones en el manejo del paciente).

2) Si soy familiar o acompañante del paciente, NO consumiré alimentos dentro de las habitaciones.

3) Si soy acompañante único y debo permanecer de forma permanente en la habitación, puedo consumir mis alimentos dentro de ella, que serán suministrados por la organización con un descuento adicional al costo previa autorización del Jefe de Turno del área.

Yo me comprometo a cumplir lo que aquí se encuentra escrito.

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/53 ANos/Masculino
Tel 3747428/AVENIDA 8 NORTE # 19 - 98
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan.PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 762 T
9085284

Firma del responsable del Paciente: _____
CC # 31'994.925

Firma del Paciente: Jan Carlo Zapparrata V.
CC # 16'719.326

Valoración pre-anestésica

Registro de Anestesia Página: 1/1 Código: R-CIR-0013 Versión No. 2 Fecha de creación: abril de 2013

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de diligenciamiento 14 02 18 Fecha de cirugía 23 02 18 Hora

Nombres y Apellidos Jan Carlo Zapparata Sexo F ☐ M ☒ Edad 52 Día(s) ☐ Mes(es) ☐ Año(s) ☐ Ocupación Entidad Coomeva

Diagnóstico Espondilolistesis L5-S1 Radiculopatia Der Procedimiento Cirujano G Cesar

ANTECEDENTES

QUIRÚRGICOS Hemorragia - Infección Mct 14/02/18 Doble abordaje 2° Qx Remisión 3a — Reflujo x Torniquete Frag Oko — Art Rod Todos x Remite. Ragu

ANESTÉSICOS (General, Regional) NVPO - Hipotermia - Dolor incontrolado - Insomnio - Agitación Agitado x DOLOR —

MÉDICOS (CV Respiratorio, Renal, Hematológico Endocrino, GI, Inmunológico, Neurológico, Psiquiátrico, Neuromuscular Piel) HTA — Diabetes

Lyrica 150 — 75 Zopiclone 7.5 — Enalapril 5 BID

Medicamentos Hidromorfona — Dipirona Metformina 1000 am — pm

Alérgicos —

Trasfusionales

Hemorrágicos — Tranexamico 46 — Cap/dic ASA 100 Cd

Tóxicos - Adicciones

Ginecoobtétricos FUM.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Problemas de anestesia - Alergias - Hemorragias Hipercoagulación - Anemias - Musculares - Otros

EXAMEN FÍSICO

Apariencia general

Presión arterial mmHg	Frecuencia cardíaca Latidos/min	Frecuencia respiratoria Resprac /min	Pulsoximetría %	Temperatura °C	Peso Kg	Talla m	IMC
140/80 ☐ Sentado ☐ Decúbito	80				96	1 79	

Cabeza y cuello:

Lentes de contacto ☐ No ☐ Si

Apertura Oral ☐ > 3cm ☐ < 3cm

Dientes Flojos ☐ No ☐ Si

Protrusión Dental ☐ Si ☐ No

Prótesis ☐ No ☐ Si

Masas en cuello ☐ Si ☐ No

Mallampati 1 2 3 4

D Tiromentoniana ☐ > 6.5cm ☐ < 6.5cm

D Esternomentoniana ☐ > 12cm ☐ < 12cm

Tórax:

Ruidos cardíacos ☐ Normal Explique ☐ Anormal

Auscultación pulmonar ☐ Normal Explique ☐

Abdomen

Extremidades: Fácil venopunción para líquidos endi

Espalda: Fácil para conductiva

Otros

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719328/63 Años/Masculino
Tel 3747428/AVENIDA 8 NORTE N 18 - 98
Serv Cirugia
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi SP SALA02
8868228

EXÁMENES

Hb/Hcto		Glicemia		TSH		P de O
Leucocitos		Creatinina		Albúmina		EKG / ECO / Esfuerzo / Catetersmo Simple
Plaquetas		Na+				
TP		K+				Rayos X de tórax
PTT		Cl-				Otros estudios

PLANES

Riesgo: ASA 2 NYHA Glasgow 15 Otras Uncromiga — Artrea

Preoperatorio: Premedicación Ayuno Profilaxis TVP/TEP Profilaxis antibiótica (PPS) Hemoderivados. O+ Preparación de colon ☐

Operatorio: Sedación ☐ A Local ☐ A Conductiva ☐ A General ☒ IOT ☐ INT ☐ LMA ☐ C Nasal ☐ Monitoria Basic Compresión neumática ☐

Postoperatorio: Analgesia Ambulatorio ☒ Hospitalizado ☐ Intermedio ☐ UCI ☐ UCI-Pediátrica ☐ UCI-RN ☐

Interconsultas: Otros

Nombre del anestesiólogo y firma Luis Miguel Velazquez

Luis Miguel Velásquez M.
ANESTESIÓLOGO
C.C. 16.447.389
R.M. 10662

Consentimiento para procedimientos anestésicos

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Yo, JAN CARLO ZAPPAVIGNA identificado con documento de identidad, Tipo [1] No, 16.719326, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología del Centro Médico Imbanaco, a realizar en mi o en el (la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica: _____

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el anestesiólogo empleara todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración.

Técnica general y sedación Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión de labios y/o dientes, laringoespasmo, broncoespasmo, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognoscitivas y psicomotoras, sueños o recuerdos intraoperatorios, infarto, tromboembolismo pulmonar, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorespiratorio y muerte.

Técnica conductiva neuroaxial: Hematoma, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, vejiga miogenica o retención urinaria, paro cardiorespiratorio y muerte. Además se me explica el manejo del dolor con analgesia peridural ambulatoria con bombas PCA la cual tiene los mismos riesgos de la técnica conductiva

Bloqueos Regionales Neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o escoriaciones piel, paro cardiorespiratorio y muerte.

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos impredecibles como reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, productos sanguíneos, y/o elementos de monitoria.

La anestesia será administrada por uno de los anestesiólogos socio o adscrito del Centro Médico Imbanaco, entendiendo también que puede participar más de uno si llega la hora de cambio de turno.

Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos, y gineco-obstetricos, incluyendo la capacidad de estar embarazada, así como las alergias, consumo de sustancias toxicas como alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos, y potenciales complicaciones

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Firma: _____

Documento de identidad: Tipo: ____ No: 16.719326

TESTIGO

_____ Firma: _____

Nombre _____

Documento de identidad: Tipo: ____ No: _____

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente/ tutor comprende(n) completamente lo que he explicado

MÉDICO ANESTESIÓLOGO

Firma _____ Fecha de diligenciamiento _____

Sello

DD MM AA

1 Tipo: CC Cédula de ciudadanía; CE: Cédula de extranjería, PA: Pasaporte.

Evaluación previa a la Inducción

Fecha: 24/10/16 **ASA** II TA 120/80 FC 76 FR 12 **TEMP** **Sat 02:** 98

Medicamentos _____

1 Responda los cambios de su salud desde la pre-anestesia hasta el día hoy.

¿Tiene tos o catarro? Si ☐ No ☑ ¿Esta orinando bien? Si ☑ No ☐ Tiene heridas o pus en la piel? Si ☐ No ☑

¿Ha tenido cefalea o mareos? Si ☐ No ☑ ¿Tiene cólicos abdominales o diarrea? Si ☐ No ☑

¿Tiene algo que agregar usted que considere importante, antes de la anestesia? Si ☐ No ☑ Esta usted en ayuno? Si ☑ No ☐

¿Cuánto tiempo de Ayuno? 6 Tiene exámenes solicitados en la pre anestesia pendientes? Si ☐ No ☐

¿Cuáles? _____

Firma del médico

Registro Anestésico

Fecha: ___ ___ ___

PACIENTE:

Diagnósticos

Procedimiento

Anestesiólogos

Cirujano

Ayudante

Instrumentadora

Circulante

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Eventos intraoperatorios

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18

ANESTÉSICOS

FiO2

EVENTOS IOP

Técnica Anestésica

- ☐ General Inhalatoria
- ☐ Intravenosa
- ☐ Multimodal
- ☐ Peridural
- ☐ Espinal

Aguja No ____ Catéter ____

Nivel punción ____

Nivel anestésico ____

Bloqueo ____

- ☐ Sedación
- ☐ Local controlada

Vía Aérea

- ☐ Cánula ☐ Máscara
- ☐ LMA ☐ Frastrach
- ☐ Proseal ☐ Flexible
- ☐ IOT ☐ INT
- ☐ Fibroscopia

Tubo doble luz

- ☐ Derecho ☐ Izquierdo
- ☐ Sellick ☐ Cormack

No ____

EKG
SpO2
EtCO2
TEMP
BIS
RNM
Diuresis
PVC

Hora

200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 35 30 25 20 15 10 5

VENTILACIÓN

Modo: ____
FR: ____
VM: ____
Pva: ____
Peep: ____

GASES SANGUINEOS

Hora	pH	pCO_2	paO_2	HCO_3	SAT	BE	LACT

BALANCE DE LIQUIDOS

	Eliminados		Administrados
Déficit			Lactato Ringer
Pérdidas Insensibles			Solución salina
Diuresis			Coloides
Sangrado			Sangre
Otros			Glóbulos rojos
			Otros
Total			Total

Traslado a: ____

- ☐ Fase I de recuperación Anestésica
- ☐ Fase II de recuperación Anestésica

UCIM UCE UCI-P UCI-RN

Tiempos ____

Inicio de anestesia ____

Inicio de cirugía ____

Fin cirugía ____

Fin anestesia ____

Nota entrega anestesiólogo

FIRMA ____

Traslado de quirófano a la Unidad de Cuidados Postanestésicos

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16710326/53 Años/Masculino
Tel 3747428/AVENIDA 9 NORTE # 10 - 98
Serv Cirugia
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi SP SALA02
8868228

Hora de traslado

Complicaciones Intraoperatorias

INGRESA CON

- [x] Canalización venosa
- [ ] Canalización arterial
- [ ] Hemovac
- [ ] Catéter Peridural
- [ ] Catéter Central
- [ ] Sonda Vesical
- [ ] Tubo Endotraqueal
- [ ] Tubo de Tórax
- [ ] Sonda Nasogástrica Drenaje
- [ ] Otro(s), ¿ Cual(es)? _____

VALORACIÓN DE ACUERDO ANESTESIA RECIBIDA A LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

ESCALA DE ALDRETTE

SPO2	2	Capaz de mantener saturación de Oxigeno >92% en aire ambiente
	1	Requiere Oxígno para mantener saturación de Oxígeno mayor a 90%
	0	Saturación de Oxigeno < a 90%incluso con suplemento de oxígeno
CIRCULACION	2	TA+-20% del nivel preanestesico
	1	TA+-20%-49% del nivel preanestesico
	0	TA+-50% del nivel preanestesico
RESPIRACION	2	Capaz de respirar profundamente o toser libremente
	1	Apnea, respiración limitada o taquipnea
	0	Apneico o con respiración artificial
MOVIMIENTO	2	Capaz de mover las 4 extremidades voluntanamente o bajo ordenes
	1	Capaz de mover las 2 extremidades voluntariamente o bajo ordenes
	0	Capaz de mover las 1 extremidad voluntanamente o bajo ordenes
CONCIENCIA	2	Despierto
	1	Despierta al llamado
	0	Dolor agudo que requiere medicación parenteral
TOTAL		

ESCALA BROMAGUE

0.	No bloqueo motor
1.	Capacidad de sentarse
2.	Capacidad de flexionar la rodilla con ausencia de debilidad
3.	Inhabilidad para levantar la pierna extendida , puede mover la rodilla
4.	Inhabilidad para flexionar la rodilla, puede mover el pie solamente
5.	Inhabilidad para flexionar el tobillo, inhabilidad para mover el pie y la rodilla

ESCALA RAMSAY

Nivel 1	Paciente agitado, ansioso o inquieto
Nivel 2	Paciente cooperador, orientado y tranquilo
Nivel 3	Dormido con respuesta a órdenes.
Nivel 4	Dormido con breves respuestas a la luz y el sonido.
Nivel 5	Dormido con respuesta sólo al dolor

Eventos detalles del traslado

Ordenes médicas por anestesiólogo para la U.C.P.A.

Hora de alta y de salida UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTESICOS

Firma del médico

Centro Médico Imbanaco

Unidad de Servicio

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16718228/83 Años/Masculino
Tel 3747438/AVENIDA 6 NORTE # 18 - 28
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 762 T
9085284

CENTRO MEDICO IMBANACO

Formato Entrega y Recibo de medicamentos en conciliación.

Pagina 1/1
Código R-HOSP-056
Versión Nº 1
Fecha de Actualización Marzo 2017

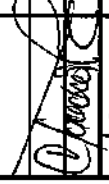
FECHA INGRESO	Nombre quien recibe medicamentos	Nombre familiar o paciente que entrega medicamentos	OBSERVACIONES:
27 oct 18.	Claudia C	Gloria Stella Ramos 3119944925	
FECHA EGRESO:	Nombre quien entrega medicamentos	Nombre familiar o paciente que recibe medicamentos.	

MEDICAMENTO	DOSIS /HORARIO		27-10-18 M	27-10-18 T	27-10-18 N	28-10-18 M	28-10-18 T	28-10-18 N	29-10-18 M	29-10-18 T	29-10-18 N	30-10-18 M	30-10-18 T	30-10-18 N	31-10-18 M	31-10-18 T	31-10-18 N	01-11-18 M	01-11-18 T	01-11-18 N	02-11-18 M	02-11-18 T	02-11-18 N	03-11-18 M	03-11-18 T	03-11-18 N	04-11-18 M	04-11-18 T	04-11-18 N	05-11-18 M	05-11-18 T	05-11-18 N
Dapidone x 3,5mg	2 tab 22	R			9	9																									
		A			0																										
		E			9																										
Frolospiril x 5mg	5mg B 20	R			10	10	9	9	8	7	7	6	5	5																	
		A			0	1	0	1	1	0	1	1	0																		
		E			10	9	9	8	7	7	6	5	5																		
Metformina x 1000mg	1000mg 12-18	R			10	10	9	9	9	8	7	7	6	5																	
		A			0	1	0	0	1	1	0	1	1																		
		E			10	9	0	9	8	8	7	6	5																		
Jardiance x 25mg	25mg 06	R			5	4	3	3	2	2	2	2	2	2																	
		A			0	1	0	1	0	0	0	0	0																		
		E			4	3	3	2	2	2	2	2	2																		
	.....	R																													
		A																													
		E																													
	.....	R																													
		A																													
		E																													
	.....	R																													
		A																													
		E																													
	.....	R																													
		A																													
		E																													
	.....	R																													
		A																													
		E																													

R. RECIBE
A. ADMINISTRA
E: ENTREGA

DOSIS Y HORARIOS DEBEN CORRESPONDER A LOS QUE MANEJA EN CASA

Responsable de Administración de medicamentos.



TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

INFORMACION GENERAL

Durante su ingreso al **CENTRO MEDICO IMBANACO** puede ser necesaria la transfusión de sangre y otros hemoderivados, como plasma, plaquetas y crioprecipitado, bien porque se precise durante una intervención quirúrgica. O bien porque tenga una enfermedad en la que se necesiten transfusiones. Cuando su médico ha decidido ponerle sangre u otro producto sanguíneo es porque ha sopesado el beneficio de hacerlo frente a los riesgos que conlleva la transfusión, considerando, en este caso, que si no se pusiera la sangre, los problemas que podrían sucederle son muy superiores a los riesgos que en teoría pueden aparecer con la transfusión. No obstante, usted como paciente, tiene derecho a conocer estos riesgos y a decidir por sí mismo si acepta ponerse sangre o no, o si hay alguna otra alternativa.

EN QUE CONSISTE LA TRANSFUSIÓN SANGUINEA

La transfusión sanguínea consiste en la administración de sangre humana o alguno de sus componentes como plasma o plaquetas, a los pacientes que lo precisen. Se administra a través de una vena como si fuera suero.

RIESGOS DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Algunos riesgos asociados a las transfusiones son:

- **Reacciones alérgicas:** Son con frecuencia leves y se tratan fácilmente

- **Fiebre:** Normalmente se presenta en pacientes que han recibido transfusiones previamente o que han estado embarazadas alguna vez.

- **Reacciones hemolíticas:** Estas reacciones destruyen los glóbulos rojos transfundidos. Estas reacciones son raras pero pueden ser graves y ocasionar hemorragia e insuficiencia renal.

- **Infección:** La sangre y sus derivados proceden de personas que gozan de buena salud, son personas que por donar no reciben compensación económica alguna. Todos los donantes son seleccionados con criterio médico y la sangre se estudia cuidadosamente con los análisis que exigen las leyes. Cualquier unidad de sangre o hemoderivado que vaya usted a recibir habrá sido analizado para el SIDA (Anticuerpos anti-HIV) para la hepatitis (hepatitis B/C), para la sífilis. Pero es imposible eliminar por completo el riesgo de enfermedades contagiosas contenidas en la sangre donada.

- **Antes de la transfusión, el CENTRO MEDICO IMBANACO** analizará la sangre donada para asegurarse de que sea compatible con su grupo sanguíneo. Esto evitará el riesgo de reacción inmediata de destrucción de glóbulos rojos transfundidos. Sin embargo, no hay forma de analizar la sangre del donante para detectar sustancias que puedan causar alergias en ciertos pacientes. Ningún procedimiento invasivo esta absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

¿Cuáles son los riesgos de no recibir una transfusión? Si usted no tiene suficientes glóbulos rojos, es posible que algunas partes de su cuerpo no reciban oxigeno suficiente. La falta de oxigeno necesaria podría dañar permanentemente los órganos vitales como el corazón o el cerebro. Puede ser necesaria una transfusión para evitar dicho daño. Su medico recomendara una transfusión si es necesario.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios médicos y técnicos están disponibles para dar atención.

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/53 Años/Masculino
Tel.3747428/AVENIDA 8 NORTE # 18 - 98
Serv Cirugia
Ent:COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi SP SALA02
8868228

Imbanaco
Vocación de Servicio

CONSENTIMIENTO
PARA LA TRANSFUSION SANGUINEA

NOMBRE DEL PACIENTE: Jan carlo Zapparrata

1. El medico me ha informado sobre la necesidad de recibir una transfusión sanguínea como parte de mi tratamiento con el propósito de mejorar mi estado de salud.
2. Mi medico me ha descrito los riesgos y beneficios de recibir este tratamiento a pesar de que la sangre fue seleccionada de personas que no reciben ninguna compensación y ha sido cuidadosamente examinada encontrándola adecuada.
3. También me han explicado alternativas a la transfusión, los riegos y consecuencias de no recibirla.
4. He comprendido el significado del procedimiento, de los riesgos y beneficios y en forma libre y consciente doy **MI CONSENTIMIENTO PARA RECIBIRLA.**

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL		MEDICO	FECHA Y HORA
CC No. 16719326	De: Cali	Reg. No.	
CC No.	De:	Reg.No.	
CC No.	De:	Reg. No.	
CC No.	De:	Reg No.	

DENEGACION

Después de ser informado (a) de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto en forma libre y consciente mi negación para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Fecha:_____

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	MEDICO
FIRMA CC. No.	FIRMA Registro No.
Testigo No.1 NOMBRE:	Testigo No. 2 NOMBRE:
FIRMA CC No. De	FIRMA CC. No. De

Centro Médico Imbanaco
Vocación de servicio

PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

PLAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/53 Años/Masculino
Tel 3747428/AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 762 T
9085284

Fecha de ingreso del paciente a Hospitalización: 27 10 2018

Nombre completo del Paciente. San Carlo Zapparata Valencia.

Numero de Identificación 16719326. Edad: 53A. Peso. ____ Kg Talla: ____ cm

Diagnostico Antecedentes. HTA

Medico Tratante. Dr Rosero Especialidad: Ex | colonne Habitación 762

Entidad: Coomeva MP Enfermera Jefe que abre y/o revisa el Kardex. Mbrosero Página 1 X 3

FECHA INICIO	INFUSIONES ENDOVENOSAS	cc/hora	FECHA DE SUSPENSIÓN
27-10-18	HR	80	

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN

CONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
27-10-18	bisoprodilo x 5mg	5mg	c/ 24hr	VO	8	NO
27-10-18	Zoopidona x 7,5mg	7,5 mg	c/ 24 hr	VO	22	

DIETA: Hipocalorica - Hipersodica refrigerio noche

Alergias alimenticias:

Observaciones de Dietas:
No queso, No Carnes Rojas, leche deslactosada

CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Hay plan de cuidados de enfermería relacionado con el diagnóstico **SI** ☐ **NO** ☐

Nombre del plan:_____

Registre aquí los cuidados de enfermería a realizar, si no hay un plan predeterminado:

Riesgos Identificados (SI / NO): Alergias ___ Caídas___ UPP___ Aislamiento____OTRO:_____

DISPOSITIVOS INVASIVOS

CATETERES CENTRALES, EPIDURALES Y OTROS

Tipo de Catéter	Fecha de inserción	Fecha de curación	Fecha de cambio de equipo	Fecha de Retiro

VENOPUNCIONES PERIFERICAS

Fecha de inserción	Fecha de cambio de venopunción	Fecha de cambio de Equipo	Flebitis
			SI☐ NO☐

DRENAJES, SONDAS Y OSTOMIAS

Tipo de drenaje y/o sonda	Fecha de inserción	Cuidado especial

ESQUEMA DE INSULINA

RESERVA DE HEMODERIVADOS (Cantidad y Fecha de Reserva)

GLOBULOS ROJOS:
FECHA:

PLAQUETAS:
FECHA:

PLASMA:
FECHA:

CRIOPRECIPITADO:
FECHA:

OTROS:
FECHA:

EXAMENES DIAGÓSTICOS PENDIENTES POR REALIZAR

RX:

RMN:

ESCAN:

OTROS:

LABORATORIOS POR TOMAR Y RESULTADOS ALARMA

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PENDIENTES Y OTROS

Procedimiento	Fecha	Hora	Lugar	Autoriz.	Consen Inform.
				SI ☐ NO☐	SI ☐ NO☐
				SI ☐ NO☐	SI ☐ NO☐
				SI ☐ NO☐	SI ☐ NO☐

INTERCONSULTAS PENDIENTES

Fecha de solicitud	Especialidad	Nombre del médico	Valoró
			SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐

OTROS:

Comfamiliar Huila Barrancabermeja
Vocación de Servicio

PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

PLAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/93 Años/Masculino
Tel:3747428/AVENIDA 9 NORTE # 18 - 98
9085284
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 762 T

Fecha de ingreso del paciente a Hospitalización: 27.10.2018
Nombre completo del Paciente: Jan Carlo Zapparata Valencia
Numero de Identificación: 16719326. Edad: 53A Peso. ____ Kg Talla: ____ cm
Diagnostico: Antecedentes: DM- HTA
Medico Tratante: Dr. Cuervo Especialidad. endocrino Habitación 762
Entidad: Coomeva M.O Enfermera Jefe que abre y/o revisa el Kardex: Heliseo L Página 1 2 3

FECHA INICIO	INFUSIONES ENDOVENOSAS	cc/hora	FECHA DE SUSPENSIÓN
	[illegible]	[illegible]	
	[illegible]		
29-10-18	[illegible] TH		

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
27/10/18	Dexcetol x 4mg	4mg	c/12hrs	EV	22-10	
27/10/18	Dolecta x 5mg	5mg	c/24hrs	VO	08.	
27/10/18	Xanax x 0.5mg	0.5mg	c/24hrs	VO	22	27/10/18
27/10/18	Lyrica x 75mg	75mg	c/12hrs	VO	22-10	
27/10/18	Esomeprazol x 40mg	40mg	c/24hrs	VO	06	
27/10/18	Bayetol x 4mg	4mg	c/6hrs	EV	12-18-24-06	
27/10/18	Ondansetron x 8mg/10ml	8mg.	c/8hrs	EV.	16-24-08.	
27/10/18	Azitromicina x 1gr.	1gr.	—11—	EV	16-24-08.	x3dosis suspender
27/10/18	Vancomicina x 1000mg	1gr.	c/12hrs	EV	10-22	
27/10/18	Glucometrias.	ordenes	c/6hrs.	cpita	12-18-24-06	
29-10-18	Oxycodona x 10mg	2mg	c/3hrs	EV.	18-21-24-03-06-09-12-15	
29/10	Oxycodona x 10mg	5cc	c/6hr	E.V	18-24-06-12.	
30/10	Lyrica x 75mg	150mg	c/mañana	V.O	10	
30/10	Lyrica x 75mg	75mg	c/noche.	V.O	22.	

CONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA

FECHA INICIO	MEDICAMENTO (Nombre y presentación)	DOSIS	FRECUENCIA	VÍA	HORARIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
	Enalapril x 5mg	5mg	c/12hrs	VO	20-08	
	Metformina x 1000mg	1000mg	c/12hr.	VO	12-18.	
	Sertralina x 25mg	25mg	c/24hrs	VO	06	
	Pregabalina x 150mg	150mg	c/24hrs	VO	22	VO
	Gemfibrozilo x 600mg		c/ hrs	VO		
	ASA x 100mg	100mg	c/ hrs	VO	—	—

DIETA: Hipocalorica - Hiposodica. Refrigerio noche

Alergías alimenticias:

Observaciones de Dietas: NO queso, NO Carnes Rojas, leche deslactosada

CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Hay plan de cuidados de enfermería relacionado con el diagnóstico SI ☐ NO ☐

Nombre del plan: _____

Registre aquí los cuidados de enfermería a realizar, si no hay un plan predeterminado:

- control de sv c/6hrs Tr dolor
- Vigilar sangrado
- AVE
- Cabecera 30°
- T/R con espirometric

Riesgos Identificados (SI / NO): Alergias NO **Caídas** SI **UPP** NO **Aislamiento** ____ **OTRO:** _____

DISPOSITIVOS INVASIVOS

CATETERES CENTRALES, EPIDURALES Y OTROS

Tipo de Cateter	Fecha de Insercion	Fecha de curacion	Fecha de cambio de equipo	Fecha de Retiro
			dd/mm/aa	dd/mm/aa
			dd/mm/aa	dd/mm/aa
			dd/mm/aa	dd/mm/aa

VENOPUNCIONES PERIFERICAS

Fecha de inserción	Fecha de cambio de venopunción	Fecha de cambio de Equipo	Flebitis
dd/mm/aa	dd/mm/aa		SI ☐ NO ☐
dd/mm/aa	dd/mm/aa		
dd/mm/aa	dd/mm/aa		

DRENAJES, SONDAS Y OSTOMIAS

Tipo de drenaje y/o sonda	Fecha de inserción	Cuidado especial
Sonda vesical	27-10-18	Retiro (28/10)
Etovac	27/10/18	Cuantificar
	dd/mm/aa	
	dd/mm/aa	

ESQUEMA DE INSULINA

RESERVA DE HEMODERIVADOS (Cantidad y Fecha de Reserva)

GLOBULOS ROJOS:
FECHA:

PLAQUETAS:
FECHA:

PLASMA:
FECHA:

CRIOPRECIPITADO:
FECHA:

OTROS:
FECHA:

EXAMENES DIAGÓSTICOS PENDIENTES POR REALIZAR

RX:

RMN:

ESCAN:

OTROS:

LABORATORIOS POR TOMAR Y RESULTADOS ALARMA

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PENDIENTES Y OTROS

Procedimiento	Fecha	Hora	Lugar	Autoriz.	Consen Inform.
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
				SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

INTERCONSULTAS PENDIENTES

Fecha de solicitud	Especialidad	Nombre del médico	Valoró
			SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐
			SI ☐ NO ☐

OTROS:

Cardiología, Igual manejo.

Centro Médico Imbanaco — Vocación de Servicio	LISTA DE CHEQUEO PARA EL INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES AL PROCESO DE HOSPITALIZACION	Página: 1 de 2 Código: R-HOSP-014 Versión: 3 Fecha: Febrero 2017

Objetivo: Validar las condiciones de ingreso del paciente mediante la aplicación del cumplimiento de prácticas clínicas seguras en su atención hospitalaria y asegurar la educación al paciente y su familia.

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719336/53 ANos/Masculino
Tel 3747428/AVENIDA 6 NORTE # 19 - 58
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 762 T
9085284

FECHA: 27-10-18 HORA: 16:45 HAB.: 762.

No.	ITEMS DE VERIFICACIÓN EN EL RECIBO DEL PACIENTE	SI	NO	N/A
1	Recibo paciente correcto en la habitación asignada	✓		
2	Paciente tiene brazalete con datos de identificación correctos(Nombres y apellidos, así como número de identificación)	✓		
3	Paciente tiene sticker lila que identifica riesgo de caída.	✓		
4	Paciente tiene sticker naranja que identifica alergias.	✓		
5	Paciente tiene hoja de transferencia con identificadores correctos.	✓		
6	Paciente con signos vitales estables al ingreso a su hospitalización.	✓		
7	Paciente con órdenes médicas de hospitalización registradas en la historia clínica.	✓		
8	Paciente con consentimiento informado firmado correctamente diligenciado	✓		
9	Cuando el paciente toma medicamentos en casa, se deja registrado en Kardex la conciliación medicamentosa que el medico autorice.	✓		
10	Paciente con punción venosa permeable.	✓		
11	Paciente presenta signos de flebitis en la punción venosa		✓	
12	Paciente presenta piel Integra	✓		
13	Si ingresa materna con recién nacido, reviso en el Recién Nacido: Actividad, color de piel, estado del ombligo y estado del pañal.	.		✓

EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA

La siguiente información y educación que va a recibir le gustaría que fuera: **(L)** Específica (Detallada) o de manera **(H)** General. Además aprendería más si fuera **(A)**- Escuchada (V)- Leída (K)- Explicada

	Se realizó entrega y educación SOBRE:	SI	NO	N/A	VAL.	R
1	Inventario de la habitación y se le explica al paciente, familiar y/o acompañante el uso de llamado de enfermería, teléfono, TV, cama hospitalaria, aire acondicionado y control remoto	✓				
2	Manejo del cajón de seguridad de la habitación, dando las indicaciones.	✓				
3	**a)** El uso permanente **(SIEMPRE)** de la manilla de identificación durante la estancia hospitalaria del paciente **b)** La importancia de que el personal deberá realizarse **SIEMPRE** Higiene de manos antes de la atención del paciente. **c)** El cumplimiento de los Derechos y deberes del paciente y se entrega folleto educativo. **d)** El Plan de Evacuación y emergencias y se entrega folleto educativo. **e)** La clasificación correcta de residuos (Recipiente: Gris-rojo-verde) y se entrega folleto educativo. **f)** El sistema para dejar una queja y/o sugerencia de la atención. **g)** La Guía Hospitalaria y el uso durante su estancia. **h)** El registró en la nota de enfermería de la información, educación realizada y manejo oportuno del dolor.	✓ ✓ ✓ ✓				
	En casos de requerirlo se entrega y/o brinda educación sobre:					
4	Folleto y sensibilización de cuidados de la madre en el postquirúrgico			—		
5	Folleto y sensibilización de la lactancia materna			—		
6	Folleto y sensibilización de cuidados en el RN			—		
7	Caso de requerir llevar al RN a algún procedimiento por fuera de la habitación siempre debe ir acompañado de un familiar.			—		
	Val.: Validación a través de mencionar los ítems en forma de pregunta, con un puntaje de (1) si se responde de manera adecuada y (0) si no se responde ***R-*** Refuerzo *La educación se reforzará después del 5to día de estancia Si uno de los ítems dio como resultado cero (0), se deberá efectuar refuerzo inmediatamente.*	**TOTAL**			3	

Yo, Clara Stella Gomez identificado con la cédula de ciudadanía 31'994,925, recibí la educación antes mencionada, verificando mi comprensión con preguntas frente a cada tema y autorizo al equipo de salud del Centro Médico Imbanaco a brindar información sobre mi estado clínico a Jan Carlo Zapparata, parentesco Amiga y a Silvana Zapparata, parentesco Hermana ;números de contacto 310 495 67 68

Firma del paciente y/o familiar responsable: Clara Stella Gomez O.

Nombre del personal de enfermería que recibe el paciente: Jerez.

762

Centro Médico Imbanaco® Vocación de Servicio	LISTA DE CHEQUEO PARA EL INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES AL PROCESO DE HOSPITALIZACION	Página: 2 de 2 Código: R-HOSR-014 Versión: 3 Fecha: Febrero 2017

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 15719326/53 Años/Masculino
Tel 3747428/AVENIDA 8 NORTE # 16 - 98
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 762 T
9085284

FECHA: 31-10-18 HORA:_____ HAB.: 762

No.	ACTIVIDADES AL EGRESO DEL PACIENTE	SI	NO	N/A
1	Reviso orden de salida, Formula médica e incapacidad firmada por el médico tratante, así como diligenciamiento de la encuesta de satisfacción al usuario.	✓		
2	Explico a pacientes y/o acompañante tramites de egreso.	✓		
3	Entrego ayudas diagnósticas y autorizaciones que se requieren para el egreso dejando Evidencia de recibido.	✓		
4	Entrego formula médica con la correspondiente explicación de la administración de medicamentos en casa a paciente y/o acompañante dejando evidencia con firma de recibido.		✓	
5	Brindo educación a paciente y/o acompañante sobre, cuidados en casa, alimentación, signos de alarma, dejando evidencia en H.C enfermería (nota de educación).		✓	
6	Brindo educación a paciente y/o acompañante sobre cuidados y manejo de sondas, ostomias, heridas, catéter, central, dejando evidencia en H.C la nota de educación por el personal a cargo (Terapia Enterostomal y/o Enfermería).		✓	
7	Realizo retiro de catéter venoso periférico, tapón heparinizado, sondas, según orden médica.		✓	
8	Recibo inventario de habitación, verifico que no queden pertenencias del paciente, solicito firma de recibo de habitación con nombre legible y fecha.	✓		
9	Realizo nota de enfermería de egreso en H.C Sistematizada, indicando estado clínico del Paciente al salir del servicio.	✓		
10	Verifico entrega de llave de cajón de seguridad.	✓		

OBSERVACIONES:

Paciente egresa con Hospital en Casa SI NO

Yo, Silvana Zapparrata identificado con cédula número: 31385084, recibí formula médica con las explicaciones correspondientes por parte del profesional de Salud.

Firma Silvana Zapparrata

FIRMA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Centro Médico Imbanaco Vocación de Servicio	**VALORACIÓN RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE Y MEDIDAS PREVENTIVAS**	Página: 1/2 Código: R-HOSP-0012 Versión No: 3 Fecha de actualización: 08/10/2014

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE: 27-10-14

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/53 Años/Masculino
Tel 3747428/AVENIDA 6 NORTE # 18 - 98
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan-PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi:HABITACION 762 T
9085284

Procedimiento:
1. Evaluar los criterios clínicos en el ingreso del paciente y diariamente en el turno de la mañana en el momento de la toma de signos vitales.
2. Aplicar las medidas preventivas diariamente en los pacientes que presenten RIESGO DE CAIDA.

CRITERIOS CLÍNICOS A EVALUAR DIARIAMENTE	1° Día	2° Día	3° Día	4° Día	5° Día	6° Día	7° Día
	APLICA						
Edad: Es un paciente menor de 6 años o mayor de 70 años.	—	—	—	—	—		
La marcha: Débil o está alterada y/o necesita ayuda de aparatos ortopédicos para caminar.	✓	✓	✓	✓	✓		
Diagnósticos: Vértigo, patología coronaria, incontinencia urinaria, o sangrado digestivo.	—	—	—	—	—		
Cirugías: Postquirúrgico en sus primeras 24 horas.	✓	✓	✓	✓	✓		
Recibe alguno de los siguientes medicamentos: sedantes, psicotrópicos, antihipertensivos, diuréticos, laxantes, relajantes musculares.	✓	—	✓	✓	✓		
Alteraciones de la conciencia: agitación, confusión, desorientación, depresión y riesgo suicida y/o crisis convulsivas.	—	—	—	—	✓		
Se consideran pacientes con RIESGO de Caída, aquellos que presentan al menos 1 criterio de los arriba mencionados. AL IDENTIFICAR EL PACIENTE CON RIESGO DE CAIDA COLOCARLE EL STICKER LILA EN LA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN.							

APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA	1°Día	2°Día	3°Día	4°Día	5°Día	6°Día	7°Día
SEMANA 1. FECHA:	27	28	29	30	31		
1. El paciente tiene colocado el Sticker **LILA** en la manilla de identificación que alerta sobre el riesgo de caída del paciente y se realiza educación al paciente y familia sobre el **significado del Sticker LILA.**	✓	✓	✓	✓	✓		
2. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermería cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama. (Debe ser con movilización asistida).	✓	✓	✓	✓	✓		
3. Se mantienen las barandas de la cama **SIEMPRE ARRIBA** y se educa al paciente para que no baje las barandas y use el timbre de llamado de enfermería cuando requiera movilizarse.	✓	✓	✓	✓	✓		
4. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo.	✓	✓	✓	✓	✓		
5. Acompañar el paciente **SIEMPRE** al baño. Si el paciente no lo permite *(por el respeto a sus derechos y a su privacidad)* no dejarlo solo hasta asegurarse de que está bien sujeto a los soportes.	✓	✓	✓	✓	✓		
6. Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando necesite levantarse y que solo la auxiliar de enfermería puede bajar las barandas de la cama.	✓	✓	✓	✓	✓		
7. Se informa a la familia que el paciente debe permanecer con un (1) acompañante **PERMANENTEMENTE.**	✓	✓	✓	✓	✓		
8. Se informa al paciente y su familia sobre la importancia del auto cuidado del paciente y seguir las medidas preventivas.	✓	✓	✓	✓	✓		
NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CUIDADOS:	Ivana		Maryeli 29	Maryeli 29	Maryeli 29		
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS							

762

Centro Médico Imbanaco Vocación de Servicio	VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE Y MEDIDAS PREVENTIVAS	Página: 2/2 Código: R-HOSP-0012 Versión No: 3 Fecha de actualización: 08/10/2014

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE: _____

COLOCAR AQUI EL ADHESIVO CON LOS IDENTIFICADORES DEL PACIENTE

Procedimiento:
1. Evaluar los criterios clínicos en el ingreso del paciente y diariamente en el turno de la mañana en el momento de la toma de signos vitales.
2. Aplicar las medidas preventivas diariamente en los pacientes que presenten RIESGO DE CAIDA.

CRITERIOS CLÍNICOS A EVALUAR DIARIAMENTE	8° Día	9° Día	10° Día	11° Día	12° Día	13° Día	14° Día
	APLICA						
Edad: Es un paciente menor de 6 años o mayor de 70 años.							
La marcha: Débil o está alterada y/o necesita ayuda de aparatos ortopédicos para caminar.							
Diagnósticos: Vértigo, patología coronaria, incontinencia urinaria, o sangrado digestivo.							
Cirugías: Postquirúrgico en sus primeras 24 horas.							
Recibe alguno de los siguientes medicamentos: sedantes, psicotrópicos, antihipertensivos, diuréticos, laxantes, relajantes musculares.							
Alteraciones de la conciencia: agitación, confusión, desorientación, depresión y riesgo suicida y/o crisis convulsivas.							

Se consideran pacientes con RIESGO de Caída, aquellos que presentan al menos 1 criterio de los arriba mencionados. AL IDENTIFICAR EL PACIENTE CON RIESGO DE CAIDA COLOCARLE EL STICKER LILA EN LA MANILLA DE IDENTIFICACIÓN.

APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA	8°Día	9°Día	10°Día	11°Día	12°Día	13°Día	14°Día
SEMANA 2. FECHA:							
1. El paciente tiene colocado el Sticker **LILA** en la manilla de identificación que alerta sobre el riesgo de caída del paciente y se realiza educación al paciente y familia sobre el **significado del Sticker LILA.**							
2. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermería cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama. (Debe ser con movilización asistida).							
3. Se mantienen las barandas de la cama **SIEMPRE ARRIBA** y se educa al paciente para que no baje las barandas y use el timbre de llamado de enfermería cuando requiera movilizarse.							
4. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo.							
5. Acompañar el paciente **SIEMPRE** al baño Si el paciente no lo permite *(por el respeto a sus derechos y a su privacidad)* no dejarlo solo hasta asegurarse de que está bien sujeto a los soportes.							
6. Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando necesite levantarse y que solo la auxiliar de enfermería puede bajar las barandas de la cama.							
7. Se informa a la familia que el paciente debe permanecer con un (1) acompañante **PERMANENTEMENTE.**							
8. Se informa al paciente y su familia sobre la importancia del auto cuidado del paciente y seguir las medidas preventivas.							
NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CUIDADOS:							
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:							

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

TRANSFERENCIA DE PACIENTES

ADMISIONES

No Ingreso:	No. Historia:	Fecha:
11779931	CC-16719326	06/12/2018 3:00:00 p. m.
Ingresa a:		Habitación:
RADIOCIRUGIA - SEDES TA,TB,TC		

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Primer Apellido:	Segundo Apellido:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:
ZAPPARRATA	VALENCIA		JAN		CARLO
Tipo y Documento de Identidad: CC-16719326	**Sexo:** Masculino	**Fecha Nacimiento:** 22/10/1965	**Edad:** 53 Años		**Nacionalidad:** COLOMBIA
Dirección de Residencia: AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08	**Barrio:** NACIONAL		**Teléfono Fijo:** 3747428	**Celular:** 3206364453	**Ciudad:** SANTIAGO DE CALI
Correo Electrónico:	zapparrata@hotmail.com				

DATOS RESPONSABLE

Nombre Completo Responsable: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA		
Tipo y Documento de Identidad: CC-16719326	**Edad:** 53 Años	**Nacionalidad:** COLOMBIA
Dirección de Residencia: AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08	**Teléfono Fijo:** 3747428	**Teléfono Celular:** 3206364453
Dirección Oficina:	**Teléfono:** 321 276 33 49 ACOMPAÑANTE	**Correo Electrónico:**

DATOS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)

Entidad	Nit	Plan	Contrato	Nro. Poliza	Tipo Afiliado	Rango Salarial
COOMEVA EPS-C S.A.	805.000.427-1	COOMEVA EPS	02		Cotizante	
COOMEVA EPS-C S.A.	805.000.427-1	COOMEVA EPS	02			
PARTICULAR	3	1 PARTICULAR	01			

Médico Tratante PEREZ VALENCIA BERNARDO

DATOS DE LA AUTORIZACIÓN DE RESPONSABLE DE PAGO (ERP)

Tipo de Admisión: **POR EVENTO**

Paquete/Procedimiento Cotizado:

Valor Paquete/Procedimiento Cotizado:

Tipo Orden	Numero de Orden	%	Entidad	Paciente	Tope	Días Hospitalización
Formato de Transferencia	11779931	100.00	0.000	0.000	0.000	0
Gastos Clínicos	122050	100.00	0.000	0.000	0.000	0

Motivo de la Atención: CX

Procedimiento Programado: ESTIMULACION ESPINAL / COOMEVA MEDICINA

Procedimiento Autorizado: IMPLANTACION DE ELECTRODOS DE NEUROESTIMULACION ESPINAL POR LAMINECTOMIA

INFORMACIÓN DE COBERTURAS Y/O GENERAL:

Se le informa al paciente las siguientes coberturas:

PACIENTEPRESENTA ORDEN DE CLINICA PARA CIRUGIA BAJOPA UETE # 1472
RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSAL, RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P., LATERAL), 3 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA, 4 CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA +, CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA, TIEMPO DE PROTROMBINA [PT], TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT], HEMOGRAMA TIPO IV, CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS, INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA, HABITACION UNIPERSONAL, 240 SALA DE CIRUGIA (QUIROFANOS) DE COMPLEJIDAD ALTA SOD, 4 Derecho de Amplificación Imagen Primera Hora / Hora Adicional, HONORARIO MEDICO ANESTESIOLOGO, HONORARIO MEDICO CIRUJANO, HONORARIO MEDICO AYUDANTE QUIRURGICO, DERECHO DE MIDAXREX POR (USO), TERMOMETRO DIGITAL ORAL MICROLIFE MT1671, GENERADOR PRECISION IPG KIT DUAL ARRAY RECHRG. REF M365SC1110020 (BSC), 2 EXTENSIÓN DE ELECTRODO SCS PHIII EXT 35CM REF M365SC3138350 (BSC), ARTISAN 2X8 LIM, 70CM REF M365SC8216700 (BSC), EQUIPO CARGADOR SCS CHARGER 2.0 REF M365SC53120 (BSC), CONTROL REMOTO TI RC, NEURO COMMON RC REF M365SC52120 (BSC), FRESA DE CORTE LEGEND 7BASOMN, FILTRO AUTOLUBRICANTE PA700 MOTOR MR 7 MIDAS REX (MEDIREX), HONORARIOS MEDICOS:, Valoraión Prequirúrgica: Cirujano, Anestesiólogo Enfermera., Valoración Inicial por otras Especialidades: Psiquiatria Una (1); Neuropsicología Una (1)., CIRUGIA. Cirujano,Ayudante,Anestesiologo., Contro Post-operatorio: Por el Cirujano (2)Uno a los 8 dias y el segundo a los 30 días. Control por el Psiquiatra Uno (1), y por Neuropsicología Uno (1)., Derechos. Sala de Cirugía,(Equipos Básicos),

INFORMACIÓN DE NO CUBRIMIENTOS (EXCLUSIONES):

Se le informa al paciente las siguientes exclusiones:

HOSPITALIZACION., Hospitalización Superior a la Incluida en Piso., AYUDAS DIAGNOSTICAS:
No especificadas y/o adicionales a las enunciadas en la Inclusiones., COMPLICACIONES:, Excluye toda Complicación Medico-Quirurgica o Cualquier tipo de comorbilidad asociada.,

Admisiones: **Nestor Luis Ballesteros**

Nestor Ballesteros
Auxiliar de Admisiones
Centro Médico Imbanaco de Cali s.a.

NO SE HACEN DEVOLUCIONES EN EFECTIVO SUPERIORES A CIEN MIL PESOS

En el evento de tener una devolución después de liquidada la cuenta a mi favor superior a cien mil pesos, consignarla en la: Cuenta Corriente____ Ahorros ____ No. _____ Banco: _____
a nombre de: _____ o cheque a nombre de: _____
con C.C. # _____

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ACEPTO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO SOBRE LAS NO COBERTURAS DE MI ASEGURADORA

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A. para consultar y reportar, en cualquier tiempo, en centrales de riesgos, toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito por servicio. Autorizo al CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A. para tratar mi información personal, de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales, dispuesta en la página web: www.imbanaco.com y que me dió a conocer antes de recolectar mis datos personales. Así mismo declaro que he revisado la información del presente documento y que la encuentro completa y ajustada a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo mi responsabilidad, la presento para el trámite respectivo del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.

Acepta _____ C.C. _____

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Dipirona Hidromorfona

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS / PROCEDIMIENTOS / TRATAMIENTOS MÉDICOS

FECHA: 6 Diciembre del 2018
NOMBRE DEL PACIENTE JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA HC: CC 16719326
EDAD 53 Años 1 Mes 13 Días ENTIDAD: COOMEVA EPS-C S A
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD DEL C.M.I.BERNARDO PEREZ VALENCIA
ESPECIALISTAS EN NEUROCIRUGIA Y CIRUGIA ESTREOTACTICA

Yo, JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA Identificado con la CC: _X__, CE: ___, PA: ___ No CC 16719326 expedida en CALI_
Obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en **forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento** para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique el siguiente procedimiento y/o tratamiento médico e igualmente acepto la toma de muestras y práctica de biopsias si fuere del caso, aplicación de medios de contraste, medicamentos y sesiones terapéuticas con la tecnología especificada. : IMPLANTACION DE ELECTRODOS DE NEUROESTIMULADOR ESPINAL POR LAMINECTOMIA

Así como cualquier otra intervención o re intervención, advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica, durante o posteriormente la atención/tratamiento, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones

1. He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndoseme que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención/ procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirúrgica/clínica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón está por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico

2. El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos hospitalarios, profesionales interconsultados, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria

3 He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso la aceptación o escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo

4 Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnóstica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento específico, éste se diligenciará por separado

5 Acepto la realización de los procedimientos de transfusiones sanguíneas o de componentes de la sangre (Hemoderivados) que llegaren a ser necesarias durante la intervención o en desarrollo de su evolución posterior, para lo cual se procederá a tramitar el consentimiento específico de ley, e igualmente acepto la toma de muestras y práctica de biopsias si fuere del caso, antes, durante o después de la intervención principal cuya práctica he consentido, y/o durante el procedimiento y/o hospitalización.

6. He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido. He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención principal programada/procedimiento/tratamiento médico

7. He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he aceptado, incluido el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse.

8. Se me ha explicado que la intervención y/o procedimiento(s) cuya práctica he aceptado comportan la afectación necesaria de las estructuras anatómicas que corresponden al campo operatorio propio de aquella o estos de acuerdo con las condiciones clínico patológicas que identifican el caso y se me ha advertido que pueden llegar a presentarse alergias medicamentosas, alteraciones de los factores de la coagulación sanguínea no identificados previamente así como afecciones cardiopulmonares inesperadas o reacciones imprevisibles a los agentes anestésicos

9. Se me ha informado que, a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros órganos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por éste a su médico tratante

10 Se me ha informado y explicado igualmente que· Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales se puede presentar sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles

11 En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan· características débiles que los hacen friables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas. Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir originados en el propio organismo del paciente, o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia.

12 Durante el postoperatorio inmediato o mediato pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas, dependiendo del organismo de cada individuo.

13. Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos. Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a comprometer de forma temporal o permanente mis condiciones de salud y, en casos extremos, mi propia vida.

14. Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosíntesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un banco de elementos de osteosíntesis o desechado por inservible por parte del Centro Médico Imbanaco. En los casos de retiro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosméticas estas se destruyen. De todo lo anterior se deja constancia.

15. Se advierten de forma general y específica los siguientes riesgos y complicaciones frecuentes no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta:
INFECCION
HEMORRAGIA

*LOS RELACIONADOS CON TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO PRINCIPAL.

16 Se me han explicado los beneficios del procedimiento indicado por el médico (describir los beneficios)
SI _____

17. Se me han explicado las alternativas de tratamiento (registre las alternativas de tratamiento):
SI
_____

18. Declaro que he dado a conocer al personal asistencial información veraz sobre mis antecedentes personales, alérgicos, medicamentosos, patológicos y sospecha de embarazo, entre otros. Certifico que he seguido cabalmente las recomendaciones o preparación ordenadas por el personal asistencial para la realización de la atención/procedimiento/tratamiento médico programado, así como también he informado de los medicamentos que actualmente recibo.

19. Se me ha advertido e informado de mi responsabilidad para seguir a cabalidad las recomendaciones dadas por el profesional de la salud, como parte del cuidado y plan de tratamiento acordado para mi recuperación. Los efectos que se presenten producto de acciones contrarias a las indicaciones médicas, no se asumirán como responsabilidad del profesional de la salud.

20. "Se me ha explicado y autorizo de conformidad con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2 012, por lo cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y por el Decreto 1377 de 2.013 que reglamenta parcialmente dicha ley, informa a todos los titulares de datos personales que reposan en las Bases de Datos del Centro Médico Imbanaco, como consecuencia del desarrollo de actividades de salud y/o contractuales, que se han adoptado las medidas de tipo legal, técnicas y administrativas necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad en integridad de este tipo de datos durante todo el tratamiento ejercido por el Centro Médico Imbanaco. Se me ha explicado que una vez firmado este documento el Usuario autoriza al Centro Médico Imbanaco para recolectar, almacenar, conservar, usar, suprimir, actualizar, compartir y circular a terceros, sus datos personales de orden demográfico, económico, de servicios, de localización, de salud; Para la prevención y control de fraudes, y para beneficio propio o de terceros con los que el Centro Médico Imbanaco haya celebrado convenio para envío y recepción de cualquier tipo de información Usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir los datos y revocar la autorización salvo las excepciones legales, en cualquier momento "

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S A , podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comite de ética en investigación del Centro Médico Imbanaco, teniendo en cuenta las resoluciones 8430

de 1993 y 2378 del 2 008, las guías de buenas prácticas clínicas y la Ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o medicos tratantes. Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____ NO. _____.**

2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica videos y/o fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ___ NO: ___.**

3- Autorizo que los videos y fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento SI: ____ NO: _____.**

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA QUE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

JAN CARLO ZAPPARRAT VALENCIA

CC _X__, CE: ___, PA: ___. No. 16719326 De CALI

Testigo _____ CC: ___, CE: ___, PA: ___. No _____

De _____

Dirección CRA 38 A N° 5A -100 TORRE A 1ER PISO GAMMAKNIFE Ciudad _CALI

FECHA Y HORA DE FIRMA DEL CONSENTIMIENTO: _ MIERCOLES 5 DE DICIEMBRE DE 2018 HORA 11:18AM

Profesional de la salud: DR.BERNARDO PEREZ VALENCIA

C.C. No _79368407 De BOGOTA Reg Médico 1080 - 92

DR. BERNARDO PEREZ V.
Neurocirugía
C.C. 79.368.407
R.M. 1080 - 92

DISENTIMIENTO INFORMADO (NO CONSENTIMIENTO)

Por medio de la presente constancia, obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en forma autónoma, libre y consciente no autorizo que se me realicen/ le realicen el (los) procedimiento(s), actividad(es) o tratamiento(s) _____ y declaro que asumo la responsabilidad legal plena por los efectos de esta decisión, la cual ha sido tomada despues de que el Dr(es). _____ me ha(n) explicado en forma clara las implicaciones, riesgos, peligros y complicaciones que para mi salud comporte esta decisión.

Nombre y Firma del Paciente/Representante Legal /Responsable:

_____

CC: ___, CE: ___, PA: ___ No. _____ De _____

Testigo: _____ CC ___, CE ___, PA ___ No _____

De _____

Direccion_____ Ciudad _____

FECHA Y HORA DE FIRMA DEL DISENTIMIENTO _____

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, y riesgos del procedimiento/ actividad/ tratamiento y he contestado todas las preguntas al paciente/ Responsable. El (la) paciente/ responsable ha aceptado y comprendido todo lo explicado

Valoración pre-anestésica

Registro de Anestesia Página: 1/1 Código. R-CIR-0013 Versión No. 2 Fecha de creación: abril de 2013

Centro Médico Imbanaco — Vocación de Servicio

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de diligenciamiento 29 11 2018 | Fecha de cirugía 06 12 2018 | Hora

Nombres y Apellidos	Sexo	Edad	Ocupación	Entidad
JAN CARLO ZAPPARRATA	F ☐ M ☒	53 Día(s) ☐ Mes(es) ☐ Año(s) ☒		

Diagnóstico ESPONDILOLISTESIS. | Procedimiento Neuroestimulador espinal + Pezz | Cirujano Espinas fijilds

ANTECEDENTES

QUIRÚRGICOS Hemorragia - Infección: 4 cirugias Columna lumbar. - Uvulopalatofaringoplastia + turbino. / Apendicectomia Hemorroidectomia Rodilla Der.

ANESTÉSICOS (General, Regional) NVPO - Hipotermia - Dolor incontrolado - Insomnio - Agitación

MÉDICOS (CV, Respiratorio, Renal, Hematológico, Endocrino, GI, Inmunológico, Neurológico, Psiquiátrico, Neuromuscular, Piel)

- DM 2 -
- HTA -

Medicamentos: Nertozemina - enalapril - Acetaminofen + Codeina / AAS.

Alérgicos: JAZMIN CE - Lyrica - Eslomeprazol / Zophicona - Gemfibrozil

Trasfusionales

Hemorrágicos

Tóxicos - Adicciones

Ginecoobtétricos: FUM:

ANTECEDENTES FAMILIARES: Problemas de anestesia - Alergias - Hemorragias - Hipercoagulación - Anemias - Musculares - Otros

EXAMEN FÍSICO

Apariencia general: BUENA.

Presión arterial mmHg	Frecuencia cardiaca Latidos/min	Frecuencia respiratoria Respirac/min	Pulsoximetría %	Temperatura °C	Peso	Talla	IMC
150/74 ☐ Sentado ☐ Decúbito	76	12	97		86	1.80.	

Cabeza y cuello: Movil

Lentes de contacto ☐ No ☒ Si* | Masas en cuello ☐ Si ☒ No

Apertura Oral ☒ > 3cm ☐ < 3cm | Mallampati ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Dientes Flojos ☒ No ☐ Si | D. Tiromentoniana ☒ > 6.5cm ☐ < 6.5cm

Protrusión Dental ☒ Si ☐ No | D. Esternomentoniana ☒ > 12cm ☐ < 12cm

Prótesis ☒ No ☐ Si

Tórax:

Ruidos cardiácos ☐ Normal ☐ Anormal — Explique:

Auscultación pulmonar ☐ Normal ☐ Anormal — Explique: MEDI > 4.

Abdomen

Extremidades: Fácil venopunción para líquidos endovenosos - Insuficiencia venosa - Edemas - Test de Allen

Espalda: Fácil para conductiva

Otros

EXAMENES

Hb/Hcto	18/56	Glicemia	156	TSH	
Leucocitos	9.160	Creatinina	0.78	Albúmina	
Plaquetas	192000	Na+			
TP	10	K+			
PTT	31	Cl-			

P de O

EKG / ECO / Esfuerzo / Cateterismo

Rayos X de tórax

Otros estudios: Hg 6/12 01. 8.

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16718326/83 Años/Masculino
Tel 3747428/AVENIDA 8 NORTE # 3C - 98
Serv Cirugia
Ent COOMEVA EPS-C S.
Plan COOMEVA EPS
NroEstudio 0
Ubi:SP SALA06
9202236

PLANES

Riesgo: ASA II | NYHA — | Glasgow 15/15 | Otras

Preoperatorio: Premedicación: | Ayuno: 8h | Profilaxis TVP/TEP. — | Profilaxis antibiótica (PPS) SI | Hemodenvadas NO | Preparación de colon ☐

Operatorio: Sedación | A. Local | A. Conductiva | A. General ☒ | ☒ INT | LMA | C. Nasal | Monitoría BASICA | Compresión neumática: ☐

Postoperatorio: Analgesia. EV | Ambulatorio | Hospitalizado | Intermedio | UCI | UCI-Pediátrica | UCI-RN

Interconsultas: | Otros:

Nombre del anestesiólogo y firma: Jesus P. Dela Cruz

Consentimiento para procedimientos anestésicos

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Yo, Jaime Zapata V. identificado con documento de identidad; Tipo [1] CC
No, 16719326, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología del Centro Médico Imbanaco, a realizar en mi o en el (la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica: _____

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el anestesiólogo empleara todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración

Técnica general y sedación: Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión de labios y/o dientes, laringoespasmo, bronco espasmo, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognoscitivas y psicomotoras, sueños o recuerdos intraoperatorios, infarto, tromboembolismo pulmonar, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorespiratorio y muerte.

Técnica conductiva neuroaxial: Hematoma, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, vejiga miogenica o retención urinaria, paro cardiorespiratorio y muerte. Además se me explica el manejo del dolor con analgesia peridural ambulatoria con bombas PCA la cual tiene los mismos riesgos de la técnica conductiva.

Bloqueos Regionales: Neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o escoriaciones piel, paro cardiorespiratorio y muerte

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos impredecibles como reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, productos sanguíneos, y/o elementos de monitoria.

La anestesia será administrada por uno de los anestesiólogos socio o adscrito del Centro Médico Imbanaco, entendiendo también que puede participar más de uno si llega la hora de cambio de turno.

Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos, y gineco-obstetricos, incluyendo la capacidad de estar embarazada, así como las alergias, consumo de sustancias toxicas como alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos, y potenciales complicaciones.

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Firma: _____

Documento de identidad. Tipo: CC No: 16719326

TESTIGO

_____ Firma: _____

Nombre: _____

Documento de identidad. Tipo: _____ No: _____

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente/ tutor comprende(n) completamente lo que he explicado

MÉDICO ANESTESIÓLOGO

Firma: _____ Fecha de diligenciamiento _____ DD MM AA

Sello

1 Tipo: CC. Cédula de ciudadanía; CE: Cédula de extranjería; PA: Pasaporte.

Evaluación previa a la inducción

Fecha: 6/12/18 **ASA** II **TA** 152/90 **FC** 86 **FR** 15 **TEMP** **Sat 02:**

Medicamentos _____

1. Responda los cambios de su salud desde la pre-anestesia hasta el día hoy:

¿Tiene tos o catarro? Si ☐ No ☑ ¿Esta orinando bien? Si ☑ No ☐ Tiene heridas o pus en la piel? Si ☐ No ☑

¿Ha tenido cefalea o mareos? Si ☐ No ☑ ¿Tiene cólicos abdominales o diarrea? Si ☐ No ☑

¿Tiene algo que agregar usted que considere importante, antes de la anestesia? Si ☐ No ☑ Esta usted en ayuno? Si ☑ No ☐

¿Cuánto tiempo de Ayuno? >8h Tiene exámenes solicitados en la pre anestesia pendientes? Si ☐ No ☐

¿Cuáles? _____

_____ _____
Firma del médico

Registro Anestésico

Fecha | | |

PACIENTE:

Diagnósticos:

Procedimiento

Anestesiólogos:

Cirujano

Ayudante:

Instrumentadora

Circulante:

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Eventos intraoperatorios

1
2
3.
4
5
6
7
8
9
10
11.
12
13
14.
15.
16.
17
18

ANESTÉSICOS

FiO_2

EVENTOS IOP

Técnica Anestésica

- ☐ General Inhalatoria
- ☐ Intravenosa
- ☐ Multimodal
- ☐ Pendural
- ☐ Espinal

Aguja No _____ Catéter_____

Nivel punción _____

Nivel anestésico _____

Bloqueo _____

- ☐ Sedación
- ☐ Local controlada

Vía Aérea

- ☐ Cánula ☐ Máscara
- ☐ LMA ☐ Frastrach
- ☐ Proseal ☐ Flexible
- ☐ IOT ☐ INT
- ☐ Fibroscopia

Tubo doble luz

- ☐ Derecho ☐ Izquierdo
- ☐ Sellick ☐ Cormack

No. _____

EKG
SpO_2
$EtCO_2$
TEMP
BIS
RNM
Diuresis
PVC

Hora

200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 35 30 25 20 15 10 5

VENTILACIÓN

Modo:
FR:
VM:
Pva:
Peep:

GASES SANGUÍNEOS

Hora	pH	pCO_2	paO_2	HCO_3	SAT	BE	LACT

BALANCE DE LIQUIDOS

Eliminados		Administrados	
Déficit		Lactato Ringer	
Pérdidas Insensibles		Solución salina	
Diuresis		Coloides	
Sangrado		Sangre	
Otros		Glóbulos rojos	
		Otros	
Total		Total	

Traslado a:

- ☐ Fase I de recuperación Anestésica
- ☐ Fase II de recuperación Anestésica

UCIM UCI UCI-P UCI-RN

Tiempos

Inicio de anestesia
Inicio de cirugía
Fin cirugía
Fin anestesia

Nota entrega anestesiólogo

FIRMA

Traslado de quirófano a la Unidad de Cuidados Postanestésicos

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/53 Años/Masculino
Tel 3747420/AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98
Serv Cirugia
Ent COOMEVA EPS-C S
Plan COOMEVA EPS
NroEstudio 0
Ubi:SP SALA08
9202236

Hora de traslado | Complicaciones Intraoperatorias

INGRESA CON

- ☐ Canalización venosa
- ☐ Canalización arterial
- ☐ Hemovac
- ☐ Catéter Peridural
- ☐ Catéter Central
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Tubo Endotraqueal
- ☐ Tubo de Tórax
- ☐ Sonda Nasogástrica Drenaje
- ☐ Otro(s). ¿ Cual(es)? _____

VALORACIÓN DE ACUERDO ANESTESIA RECIBIDA A LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

ESCALA DE ALDRETTE

SPO2	(2)	Capaz de mantener saturación de Oxigeno >92% en aire ambienta
	1	Requiere Oxígno para mantener saturación de Oxígeno mayor a 90%
	0	Saturación de Oxigeno < a 90%incluso con suplemento de oxígeno
CIRCULACION	(2)	TA+-20% del nivel preanestesico
	1	TA+-20%-49% del nivel preanestesico
	0	TA+-50% del nivel preanestesico
RESPIRACION	(2)	Capaz de respirar profundamente o toser libremente
	1	Apnea, respiración limitada o taquipnea
	0	Apneico o con respiración artificial
MOVIMIENTO	(2)	Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo ordenes
	1	Capaz de mover las 2 extremidades voluntariamente o bajo ordenes
	0	Capaz de mover las 1 extremidad voluntariamente o bajo ordenes
CONCIENCIA	(2)	Despierto
	1	Despierta al llamado
	0	Dolor agudo que requiere medicación parenteral
TOTAL	10/10	

ESCALA BROMAGUE

0.	No bloqueo motor
1.	Capacidad de sentarse
2.	Capacidad de flexionar la rodilla con ausencia de debilidad
3.	Inhabilidad para levantar la pierna extendida , puede mover la rodilla
4.	Inhabilidad para flexionar la rodilla, puede mover el pie solamente
5.	Inhabilidad para flexionar el tobillo, inhabilidad para mover el pie y la rodilla

ESCALA RAMSAY

Nivel 1	Paciente agitado, ansioso o inquieto.
Nivel 2	Paciente cooperador, orientado y tranquilo.
Nivel 3	Dormido con respuesta a órdenes
Nivel 4	Dormido con breves respuestas a la luz y el sonido.
Nivel 5	Dormido con respuesta sólo al dolor.

Eventos detallas del traslado

Ordenes médicas por anestesiólogo para la U.C.P.A.

(1) Omeprazol fco x 40 mg → EV 200 cc
(2) meperidina 30 mg EV

Hora de alta y de salida UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTESICOS

Firma del médico

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

LISTA DE CHEQUEO PARA SEGURIDAD OPERATORIA

Página: 1/1
Código: R CIR 0004
Edición No. 1
Fecha de Creación: 08/05/2012

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 14719326/63 Años/Masculino
Tel: 3747436/AVENIDA 6 NORTE # 10 - 30
Serv Cirugia
Ent COOMEVA EPS-C S
Plan COOMEVA EPS
Modalidad C
Ubi SP SALA06
9202236

14

6/12/18

INGRESO

Antes de la inducción anestésica
Anestesiólogo - Circulante

- [x] **EL PACIENTE HA CONFIRMADO:**
  - Identidad
  - Procedimiento a realizar
  - Sitio del procedimiento **Der. ( ) Izq. ( ) Bil. ( ) NA ( )**
  - Consentimiento informado firmado
  - Ayuno
- [x] **SITIO DE CIRUGÍA MARCADO / NO APLICA**
- [x] **CHEQUEO SEGURIDAD ANESTÉSICA:**
  - Máquina anestésica funcionando
  - Monitores funcionando
  - Canasta insumos abierta, verificada y completa
  - Laringo, tubos y máscaras disponibles
- [x] **CHEQUEO SEGURIDAD DEL PACIENTE:**
  - Alergias conocidas y definidas
  - Riesgo de broncoaspiración
  - Riesgo de intubación difícil y equipo disponible
  - Reserva de sangre si es requerida
  - Necesidad de sonda vesical y otras
- [ ] **OTROS:**
  - Tromboprofilaxis química o mecánica
  - Suministros, insumos o equipos especiales están disponibles
- [ ] **ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO:**
  - Definido según protocolos
  - Preparado y/o en aplicación

15:5 PAUSA

Antes de la incisión
Anestesiólogo - Cirujanos

- [x] **EL EQUIPO HUMANO ESTÁ COMPLETO:**
  - Cirujano y ayudante
  - Pediatra u otro especialista requerido
  - Instrumentador quirúrgico
  - **OTROS:** Perfusionista, casa médica, navegador
- [x] **EL EQUIPO QUIRÚRGICO CONFIRMA LA CIRUGÍA, POSICIÓN DEL PACIENTE Y LADO**
- [x] **DISCUSIÓN SOBRE EVENTOS CRÍTICOS PROBABLES:**
  - **CIRUJANO:**
    - Preparación para pasos críticos
    - Duración estimada de la cirugía
    - Sangrado probable y preparación previa
    - Suministros o insumos solicitados disponibles
  - **ANESTESIÓLOGO:**
    - Manifestar si hay dificultades o problemas específicos del paciente
  - **INSTRUMENTADORA:**
    - Verifica indicadores esterilización
    - Confirma equipos especiales y/o suministros solicitados
- [x] **ESTUDIOS Y AYUDAS DIAGNOSTICAS EN LA SALA**
- [x] **ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO APLICADO A TIEMPO**

SALIDA

Antes de retirar los campos
Todo el equipo quirúrgico

- [x] **INSTRUMENTADORA Y CIRCULANTE:**
  - Conteo de cortantes completo
  - Conteo completo de gasas, compresas, mechas, algodones, cotonoides e instrumental
  - Marcación de muestras o cultivos
  - Problemas con equipos: para reportar
- [x] **CIRUJANOS:**
  - Alguna recomendación especial
  - Órdenes médicas acordadas
- [x] **ANESTESIÓLOGO:**
  - Órdenes médicas completas
  - Recomendaciones especiales en recuperación
- [x] **CONSIDERACIONES ESPECIALES DEL CASO:**
  - Profilaxis trombósis venosa profunda
  - Remisión a la Unidad de Cuidado Intensivo
  - Consideraciones especiales de antibióticos
- [x] **ANESTESIÓLOGO PRESENTE PARA LLEVAR PACIENTE A RECUPERACIÓN**

FIRMA DEL CIRUJANO | *FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO* | *FIRMA DE LA INSTRUMENTADORA Y CIRCULANTE*

World Health Organization

*Esta lista de chequeo es una modificación de la sugerida por la OMS y comité de seguridad SCARE.

Periodo elaboración Octubre 2011
Versión No. 3

54

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

TRANSFERENCIA DE PACIENTES

ADMISIONES - EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA

No Ingreso:	No. Historia:	Fecha:
12780013	CC-16719326	15/10/2019 2:30:00 p. m.
Ingresa a:		Habitación:
CIRUGIA - SEDE PRINCIPAL		

14:09

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
ZAPPARRATA	VALENCIA	JAN	CARLO

Tipo y Documento de Identidad:	Sexo:	Fecha Nacimiento:	Edad:	Nacionalidad:
CC-16719326	Masculino	22/10/1965	53 Años	COLOMBIA

Dirección de Residencia:	Barrio:	Teléfono Fijo:	Celular:	Ciudad:
AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08	Desconocido (SIN DEFINIR)	3747428	3206364453*	SANTIAGO DE CALI

Correo Electrónico: zapparrata@hotmail com

DATOS RESPONSABLE

Nombre Completo Responsable:
JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA

Tipo y Documento de Identidad:	Edad:	Nacionalidad:
CC-16719326	53 Años	COLOMBIA
Dirección de Residencia: AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08	**Teléfono Fijo:** 3747428	**Teléfono Celular:** 3206364453*
Dirección Oficina:	**Teléfono:** 321 276 33 49 ACOMPAÑANTE	**Correo Electrónico:**

DATOS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO (ERP)

Entidad	Nit	Plan	Contrato	Nro. Poliza	Tipo Afiliado	Rango Salarial
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S A	805 009 741-0	Programa ORO	01-		Cotizante	
COOMEVA EPS-C S A	805 000 427-1	SERVICIO COMPLEMENTARIO PLAN VOLUNTARIO	02			
PARTICULAR	3	1 PARTICULAR	01			

Médico Tratante PEREZ VALENCIA BERNARDO

DATOS DE LA AUTORIZACIÓN DE RESPONSABLE DE PAGO (ERP)

Tipo de Admisión: **POR EVENTO**
Paquete/Procedimiento Cotizado:
Valor Paquete/Procedimiento Cotizado:

Tipo Orden	Numero de Orden	%	Entidad	Paciente	Tope	Días Hospitalización
Formato de Transferencia	12780013	100 00	0.000	0.000	0 000	0
Cirugía	3836645	100.00	0.000	0 000	0 000	0
Honorarios de Cirujano	3836605	100.00	0.000	0 000	0.000	0
Honorarios Anestesiologo	3836633	100.00	0.000	0.000	0 000	0

Motivo de la Atención: CIRUGIA
Procedimiento Programado: BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO
Procedimiento Autorizado: BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO BAJO FLUOROSCOPIA

INFORMACIÓN DE COBERTURAS Y/O GENERAL:
Se le informa al paciente las siguientes coberturas.

PACIENTE INGRESA CON ORDEN DE CLINICA PARA PROCEDIMIENTO AMBULATORIO
PRESENTA ORDEN DE CIRUJANO A NOMBRE DEL DR, BERNARDO PEREZ CON COBRO DIRECTO AL MEDICO
ORDEN DE ANESTESIOLOGO PARA COBRO POR CMI A TARIFA PACTADA
ADRES: ACTIVO COOMEVA E P S. S.A. CONTRIBUTIVO 22/08/2001 31/12/2999 COTIZANTE

INFORMACIÓN DE NO CUBRIMIENTOS (EXCLUSIONES):
Se le informa al paciente las siguientes exclusiones:

ELEMENTOS DE USO PERSONAL O DESECHABLES SINVDX. GUARDIX.

Centro Médico Imbanaco

Admisiones: **ANDREA VALENCIA SANCHEZ**

NO SE HACEN DEVOLUCIONES EN EFECTIVO SUPERIORES A CIEN MIL PESOS
En el evento de tener una devolución después de liquidada la cuenta a mi favor superior a cien mil pesos, consignaria en la:
Cuenta Corriente____ Ahorros ____ No. _____ Banco: _____
a nombre de: _____ o cheque a nombre de: _____
con C.C. # _____

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ACEPTO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO SOBRE LAS NO COBERTURAS DE MI ASEGURADORA

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA EN CENTRALES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a CENTRO MÉDICO IMBANACO DE CALI S.A para consultar y reportar, en cualquier tiempo, en centrales de riesgos, toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, mi capacidad de pago o para valorar el riesgo futuro de concederme un crédito por servicio. Autorizo al CENTRO MEDICO IMBANACO DE CALI S.A. para tratar mi información personal, de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales, dispuesta en la página web: www.imbanaco.com y que me dió a conocer antes de recolectar mis datos personales. Así mismo declaro que he revisado la información del presente documento y que la encuentro completa y ajustada a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo mi responsabilidad, la presento para el trámite respectivo del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.

Acepta

C.C. 16319326

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/53 Años/Masculino
Tel 3747420/AVENIDA 8 NORTE # 10 - 58
Serv Cirugia
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Programa ORO
NroEstudio 0
Ubi SP SALA13
9989510

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS / PROCEDIMIENTOS / TRATA[illegible]

Hidromorfona
Dipirona

FECHA: 8 Octubre del 2019
NOMBRE DEL PACIENTE: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA HC: CC 16719326
EDAD 53 Años 11 Meses 16 Días ENTIDAD: COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD DEL C.M I BERNARDO PEREZ VALENCIA
ESPECIALISTAS EN: NEUROCIRUGIA
Yo, JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA Identificado con la CC: X , CE: ___, PA: ___. No CC 16719326 expedida en CALI
Obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique el siguiente procedimiento y/o tratamiento médico e igualmente acepto la toma de muestras y práctica de biopsias si fuere del caso, aplicación de medios de contraste, medicamentos y sesiones terapéuticas con la tecnología especificada. : BLOQUEO DEL HIATO SACRO

Así como cualquier otra intervención o re intervención, advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica, durante o posteriormente la atención/tratamiento, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones

1 He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndoseme que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención/ procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirúrgica/clínica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón está por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico.

2. El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos hospitalarios, profesionales interconsultados, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria.

3 He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso la aceptación o escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo.

4 Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnóstica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento específico, éste se diligenciará por separado.

5 Acepto la realización de los procedimientos de transfusiones sanguíneas o de componentes de la sangre (Hemoderivados) que llegaren a ser necesarias durante la intervención o en desarrollo de su evolución posterior, para lo cual se procederá a tramitar el consentimiento específico de ley, e igualmente acepto la toma de muestras y práctica de biopsias si fuere del caso, antes, durante o después de la intervención principal cuya práctica he consentido, y/o durante el procedimiento y/o hospitalización.

6. He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención principal programada/procedimiento/tratamiento médico

7. He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he aceptado, incluido el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse.

8 Se me ha explicado que la intervención y/o procedimiento(s) cuya práctica he aceptado comportan la afectación necesaria de las estructuras anatómicas que corresponden al campo operatorio propio de aquella o estos de acuerdo con las condiciones clínico patológicas que identifican el caso y se me ha advertido que pueden llegar a presentarse alergias medicamentosas, alteraciones de los factores de la coagulación sanguínea no identificados previamente así como afecciones cardiopulmonares inesperadas o reacciones imprevisibles a los agentes anestésicos

9 Se me ha informado que, a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros órganos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por éste a su médico tratante

10 Se me ha informado y explicado igualmente que Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales se puede presentar sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles.

11. En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan características débiles que los hacen friables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas. Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir originados en el propio organismo del paciente, o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia

12 Durante el postoperatorio inmediato o mediato pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas, dependiendo del organismo de cada individuo

13 Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos. Los riesgos de los

procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a comprometer de forma temporal o permanente mis condiciones de salud y, en casos extremos, mi propia vida.

14. Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosíntesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un banco de elementos de osteosíntesis o desechado por inservible por parte del Centro Médico Imbanaco. En los casos de retiro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosméticas estas se destruyen. De todo lo anterior se deja constancia

15. Se advierten de forma general y especifica los siguientes riesgos y complicaciones frecuentes no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta.

INFECCION
HEMORRAGIA
DOLOR
*LOS RELACIONADOS CON TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO PRINCIPAL

16. Se me han explicado los beneficios del procedimiento indicado por el médico (describir los beneficios)

MEJORIA PARCIAL DEL DOLOR
CONTROL DE LA ESTABILIDAD

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/53 Años/Masculino
Tel 3747428/AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98
Serv Cirugía
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Preferente ORO
NroEstudio 0
Ubi SP SALA13
9989510

17. Se me han explicado las alternativas de tratamiento (registre las alternativas de tratamiento)

NO APLICA

18 Declaro que he dado a conocer al personal asistencial información veraz sobre mis antecedentes personales, alérgicos, medicamentosos, patológicos y sospecha de embarazo, entre otros Certifico que he seguido cabalmente las recomendaciones o preparación ordenadas por el personal asistencial para la realización de la atención/procedimiento/tratamiento médico programado, así como también he informado de los medicamentos que actualmente recibo

19 Se me ha advertido e informado de mi responsabilidad para seguir a cabalidad las recomendaciones dadas por el profesional de la salud, como parte del cuidado y plan de tratamiento acordado para mi recuperación Los efectos que se presenten producto de acciones contrarias a las indicaciones médicas, no se asumirán como responsabilidad del profesional de la salud.

20. "Se me ha explicado y autorizo de conformidad con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2.012, por lo cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y por el Decreto 1377 de 2 013 que reglamenta parcialmente dicha ley, informa a todos los titulares de datos personales que reposan en las Bases de Datos del Centro Médico Imbanaco, como consecuencia del desarrollo de actividades de salud y/o contractuales, que se han adoptado las medidas de tipo legal, técnicas y administrativas necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad en integridad de este tipo de datos durante todo el tratamiento ejercido por el Centro Médico Imbanaco. Se me ha explicado que una vez firmado este documento el Usuario autoriza al Centro Médico Imbanaco para recolectar, almacenar, conservar, usar, suprimir, actualizar, compartir y circular a terceros, sus datos personales de orden demográfico, económico, de servicios, de localización, de salud; Para la prevención y control de fraudes, y para beneficio propio o de terceros con los que el Centro Médico Imbanaco haya celebrado convenio para envío y recepción de cualquier tipo de información Usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir los datos y revocar la autorización salvo las excepciones legales, en cualquier momento."

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del Centro Médico Imbanaco, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2 008, las guías de buenas prácticas clínicas y la Ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: X NO ____**

2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica videos y/o fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: X NO: ___.**

3- Autorizo que los videos y fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento SI: X NO ____.**

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA QUE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA

CC: X , CE: ___, PA: ___ No 16 719 326 De CALI

Testigo: SILVANA ZAPPARATA VALENCIA CC: X , CE: ___, PA: ___ No. 31.365.084

De CALI

Dirección AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 Ciudad CALI

FECHA Y HORA DE FIRMA DEL CONSENTIMIENTO: _____

Profesional de la salud: BERNARDO PEREZ VALENCIA

procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a comprometer de forma temporal o permanente mis condiciones de salud y, en casos extremos, mi propia vida.

14. Acepto que si se me retira en un procedimiento material de osteosíntesis de mi cuerpo por desgaste de funcionamiento o por defectuoso funcionamiento aunque no exista desgaste, dicho material podrá ser donado a un banco de elementos de osteosíntesis o desechado por inservible por parte del Centro Médico Imbanaco. En los casos de retiro por incompatibilidad con el organismo o porque ya cumplió su función estando en buen estado, dicho material se le entregará a quien lo haya suministrado (Aseguradora, Paciente o Responsable). En caso de prótesis cosméticas estas se destruyen. De todo lo anterior se deja constancia.

15. Se advierten de forma general y específica los siguientes riesgos y complicaciones frecuentes no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta:

INFECCION
HEMORRAGIA
DOLOR
*LOS RELACIONADOS CON TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO PRINCIPAL.

16. Se me han explicado los beneficios del procedimiento indicado por el médico (describir los beneficios):

MEJORIA PARCIAL DEL DOLOR
CONTROL DE LA ESTABILIDAD

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/53 Años/Masculino
Tel 3747420/AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98

17. Se me han explicado las alternativas de tratamiento (registre las alternativas de tratamiento)

NO APLICA

Serv Cirugia
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Programa ORO
NroEstudio 8
Ubi SP SALA13
9989510

18. Declaro que he dado a conocer al personal asistencial información veraz sobre mis antecedentes personales, alérgicos, medicamentosos, patológicos y sospecha de embarazo, entre otros. Certifico que he seguido cabalmente las recomendaciones o preparación ordenadas por el personal asistencial para la realización de la atención/procedimiento/tratamiento médico programado, así como también he informado de los medicamentos que actualmente recibo

19 Se me ha advertido e informado de mi responsabilidad para seguir a cabalidad las recomendaciones dadas por el profesional de la salud, como parte del cuidado y plan de tratamiento acordado para mi recuperación Los efectos que se presenten producto de acciones contrarias a las indicaciones médicas, no se asumirán como responsabilidad del profesional de la salud

20 "Se me ha explicado y autorizo de conformidad con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2 012, por lo cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y por el Decreto 1377 de 2.013 que reglamenta parcialmente dicha ley, informa a todos los titulares de datos personales que reposan en las Bases de Datos del Centro Médico Imbanaco, como consecuencia del desarrollo de actividades de salud y/o contractuales, que se han adoptado las medidas de tipo legal, técnicas y administrativas necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad en integridad de este tipo de datos durante todo el tratamiento ejercido por el Centro Médico Imbanaco Se me ha explicado que una vez firmado este documento el Usuario autoriza al Centro Médico Imbanaco para recolectar, almacenar, conservar, usar, suprimir, actualizar, compartir y circular a terceros, sus datos personales de orden demográfico, económico, de servicios, de localización, de salud, Para la prevención y control de fraudes, y para beneficio propio o de terceros con los que el Centro Médico Imbanaco haya celebrado convenio para envío y recepción de cualquier tipo de información Usted tiene derecho a conocer, actualizar, rectificar, suprimir los datos y revocar la autorización salvo las excepciones legales, en cualquier momento "

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del Centro Médico Imbanaco, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2 008, las guías de buenas prácticas clínicas y la Ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Histona Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas. **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento SI:** X **NO:** ____.

2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica videos y/o fotografías de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad. **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento SI:** X **NO:** ___

3- Autorizo que los videos y fotografías anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento SI:** X **NO:** ____.

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA QUE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA

CC. X , CE ___, PA. ___. No. 16 719.326 De CALI

Testigo. SILVANA ZAPPARATA VALENCIA CC. X , CE: ___, PA: ___. No. 31 385 064

De CALI

Dirección AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98 APTO 11 08 Ciudad CALI

FECHA Y HORA DE FIRMA DEL CONSENTIMIENTO: _____

Profesional de la salud: BERNARDO PEREZ VALENCIA

C C. No. 79 368 407 De BOGOTA Reg Médico: 1080-92

C.C No. _____ De _____ Reg. Médico: _____

DISENTIMIENTO INFORMADO (NO CONSENTIMIENTO)

Por medio de la presente constancia, obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en forma autónoma, libre y consciente no autorizo que se me realicen/ le realicen el (los) procedimiento(s), actividad(es) o tratamiento(s) _____ y declaro que asumo la responsabilidad legal plena por los efectos de esta decisión, la cual ha sido tomada después de que el Dr(es) _____ me ha(n) explicado en forma clara las implicaciones, riesgos, peligros y complicaciones que para mi salud comporte esta decisión.

Nombre y Firma del Paciente/Representante Legal /Responsable:

_____

CC. ___, CE. ___, PA: ___ No. _____ De _____

Testigo _____ CC: ___, CE: ___, PA: ___ No._____

De _____

Dirección_____ Ciudad _____

FECHA Y HORA DE FIRMA DEL DISENTIMIENTO _____

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, y riesgos del procedimiento/ actividad/ tratamiento y he contestado todas las preguntas al paciente/ Responsable. El (la) paciente/ responsable ha aceptado y comprendido todo lo explicado

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 18719325/S1 AÑos/Masculino
Tel 3747426/AVENIDA 8 NORTE # 10 - 96
Serv Cirugia
Ent COONEVA MEDICINA
Plan Programa ORO
NroEstudio 0
Ubi SP SALA11
9989510

Valoración pre-anestésica

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de diligenciamiento: 15 10 2019 Fecha de cirugía: 15 10 2019 Hora: 14:30

Nombres y Apellidos: JAN CARLO ZAPARRATA | Sexo F ☐ M ☒ | Edad: 53 | Día(s) ☐ Mes(es) ☐ Año(s) ☒ | Ocupación | Entidad

Diagnóstico: Dolor lumbar | Procedimiento: Bloqueo plano sacro | Cirujano: S. Perez

ANTECEDENTES

QUIRÚRGICOS Hemorragia - Infección: - instrumentacion columna lumbar - neurocisticercosis muscular.

ANESTÉSICOS (General, Regional) NVPO - Hipotermia Dolor incontrolado - Insomnio - Agitación

MÉDICOS (CV Respiratorio, Renal Hematológico Endocrino GI Inmunológico Neurológico, Psiquiátrico, Neuromuscular, Piel): HTA. DM.

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719328/53 Años/Masculino
Tel 3747428/AVENIDA 8 NORTE # 16 - 98
Serv Cirugia
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Programa CRC
NroEstudio 0
Ubi SP SALA13
9989510

Medicamentos: Arausteo - ASA - Hipoglicemiantes orales
Alérgicos (Desconocido) Dipirona
Trasfusionales
Hemorrágicos
Tóxicos - Adicciones
Ginecoobtétricos FUM: Hidromorfona.

ANTECEDENTES FAMILIARES Problemas de anestesia Alergias - Hemorragias Hipercoagulación Anémias - Musculares - Otros

EXAMEN FÍSICO

Apariencia general: BIEN

Presión arterial mmHg	Sentado / Decubito	Frecuencia cardiáca Latidos/min	Frecuencia respiratoria Respirac./min	Pulsoximetría %	Temperatura °C	Peso	Talla	IMC
142/74		80	14			87	1.78	

Cabeza y cuello: NORMAL

Lentes de contacto ☒ No ☐ Si
Apertura Oral ☒ > 3cm ☐ < 3cm
Dientes Flojos ☒ No ☐ Si
Protrusión Dental ☒ Si ☐ No
Prótesis ☒ No ☐ Si

Masas en cuello ☐ Si ☒ No
Mallampati ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
D Tiromentoniana ☒ > 6.5cm ☐ < 6.5cm
D Esternomentoniana ☒ > 12cm ☐ < 12cm

Tórax:
Ruidos cardiácos: ☒ Normal ☐ Anormal — Explique
Auscultación pulmonar: ☒ Normal ☐ Anormal — Explique

Abdomen

Extremidades: Fácil venopunción para líquidos endovenosos - Insuficiencia venosa - Edemas - Test de Allen

Espalda: Fácil para conductiva

Otros

EXÁMENES

Hb/Hcto		Glicemia		TSH	
Leucocitos		Creatinina		Albumina	
Plaquetas		Na+			
TP		K+			
PTT		Cl -			

P de O
EKG / ECO / Esfuerzo / Catetersmo
Rayos X de tórax
Otros estudios

PLANES

Riesgo ASA: II NYHA: — Glasgow: 15/15 Otras

Preoperatorio Premedicación: Ayuno 8L Profilaxis TVP/TEP: — Profilaxis antibiótica (PPS): — Hemoderivados: — Preparación de colon ☐

Operatorio: ☒ Sedación ☐ A. Local ☐ A. Conductiva ☐ A. General ☐ IOT ☐ INT ☐ LMA ☒ C. Nasal — Monitoría: BASICA — Compresión neumática ☐

Postoperatorio. Analgesia: E.V. - LOCAL

☒ Ambulatorio ☐ Hospitalizado ☐ Intermedio ☐ UCI ☐ UCI-Pediátrica ☐ UCI-RN

Interconsultas Otros

Nombre del anestesiólogo y firma

Consentimiento para procedimientos anestésicos

Centro Médico

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16718326/53 ANos/Masculino
Tel 3747428/AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98
Serv Cirugia
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Progresa ORO
Nro Estudio 8
Ubi SP SALA12
9989510

Yo JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA CC 16718326/53 ANos/Masculino identificado con documento d
No. , por la presente autorizo a los anestesiólogos del Depar
Médico Imbanaco, a realizar en mi o en el (la) paciente el procedimiento ar
intervención quirúrgica

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese necesario Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas

Entiendo que el anestesiólogo empleara todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico Sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración

Técnica general y sedación Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión de labios y/o dientes, laringoespasmo, bronco espasmo, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognoscitivas y psicomotoras, sueños o recuerdos intraoperatorios, infarto, tromboembolismo pulmonar, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorespiratorio y muerte

Técnica conductiva neuroaxial Hematoma, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, vejiga miogenica o retención urinaria, paro cardiorespiratorio y muerte Además se me explica el manejo del dolor con analgesia pendural ambulatoria con bombas PCA la cual tiene los mismos riesgos de la técnica conductiva

Bloqueos Regionales Neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o escoriaciones piel, paro cardiorespiratorio y muerte

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final Se me advierte que hay otros riesgos impredecibles como reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, productos sanguíneos, y/o elementos de monitoria

La anestesia será administrada por uno de los anestesiólogos socio o adscrito del Centro Médico Imbanaco, entendiendo también que puede participar más de uno si llega la hora de cambio de turno

Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos, y gineco-obstetricos, incluyendo la capacidad de estar embarazada, así como las alergias, consumo de sustancias toxicas como alcohol, cigarrillo y drogas ilicitas Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de linea arterial) durante la realización del acto quirurgico recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos, y potenciales complicaciones.

Manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Firma

Documento de identidad Tipo No 16719326

TESTIGO

Firma.

Nombre

Documento de identidad Tipo No

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente/ tutor comprende(n) completamente lo que he explicado.

MÉDICO ANESTESIÓLOGO

Firma

Sello

Fecha de diligenciamiento

AA DD MM

1 Tipo CC Cédula de ciudadania, CE Cédula de extranjeria, PA Pasaporte

Evaluación previa a la inducción

Fecha: 15/10/19 **ASA** II **TA** 140/72 **FC** 78 **FR** 15 **TEMP** **Sat 02:**

Medicamentos

1. Responda los cambios de su salud desde la pre-anestesia hasta el día hoy

¿Tiene tos o catarro? Si ☐ No ☑ ¿Esta orinando bien? Si ☑ No ☐ Tiene heridas o pus en la piel? Si ☐ No ☑

¿Ha tenido cefalea o mareos? Si ☐ No ☑ ¿Tiene cólicos abdominales o diarrea? Si ☐ No ☑

¿Tiene algo que agregar usted que considere importante, antes de la anestesia? Si ☐ No ☑ Esta usted en ayuno? Si ☑ No ☐

¿Cuánto tiempo de Ayuno? >8h Tiene exámenes solicitados en la pre anestesia pendientes? Si ☐ No ☐

¿Cuáles?

Firma del médico

Registro Anestésico

Fecha ____/____/____

PACIENTE

Diagnósticos

Procedimiento

Anestesiólogos

Cirujano

Ayudante

Instrumentadora

Circulante

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Eventos intraoperatorios

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18

ANESTÉSICOS

FiO_2

EVENTOS IOP

Técnica Anestésica

- General Inhalatoria
- Intravenosa
- Multimodal
- Peridural
- Espinal

Aguja No _____ Catéter_____

Nivel punción _____

Nivel anestésico _____

Bloqueo _____

- Sedación
- Local controlada

Vía Aérea

- ☐ Cánula
- ☐ Máscara
- ☐ LMA
- ☐ Fraskach
- ☐ Proseal
- ☐ Flexible
- ☐ IOT
- ☐ INT
- ☐ Fibroscopia

Tubo doble luz

- ☐ Derecho
- ☐ Izquierdo
- ☐ Sellick
- ☐ Cormack

No _____

EKG
SpO_2
$EtCO_2$
TEMP
BIS
RNM
Diuresis
PVC

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 1671S326/93 Años/Masculino
Tel 3747428/AVENIDA 6 NORTE N 10 - 30
Serv Cirugia
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Preferente ORO
Habitacion 0
Ubi SP SALA13
9989510

Hora

200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 35 30 25 20 15 10 5

VENTILACIÓN
Modo:
FR:
VM:
Pva:
Peep:

GASES SANGUINEOS

Hora	pH	pCO_2	paO_2	HCO_2	SAT	BE	LACT

BALANCE DE LIQUIDOS

Eliminados		Administrados	
Déficit		Lactato Ringer	
Pérdidas Insensibles		Solución salina	
Diuresis		Coloides	
Sangrado		Sangre	
Otros		Glóbulos rojos	
		Otros	
Total		Total	

Trasladado a:

- Fase I de recuperación Anestésica
- Fase II de recuperación Anestésica

UCIM UCI UCI- P UCI- RN

Tiempos

Inicio de anestesia

Inicio de cirugia

Fin cirugia

Fin anestesia

Nota entrega anestesiólogo

FIRMA

Traslado de quirófano a la Unidad de Cuidados Postanestésicos

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/33 Años/Masculino
Tel 3747428/AVENIDA 6 NORTE # 18 - 98
Serv Cirugia
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Programa ORO
NroEstudio 0
Ubi SP SALA13
9989510

Hora de traslado

Complicaciones Intraoperatorias

INGRESA CON

- Canalización venosa
- Canalización arterial
- Hemovac
- Catéter Pendural
- Catéter Central
- Sonda Vesical
- Tubo Endotraqueal _____
- Tubo de Tórax
- Sonda Nasogástrica Drenaje
- Otro(s), ¿ Cual(es)? _____

VALORACIÓN DE ACUERDO ANESTESIA RECIBIDA A LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

ESCALA DE ALDRETTE

SPO2	2 ✓	Capaz de mantener saturación de Oxigeno >92% en aire ambiente
	1	Requiere Oxígno para mantener saturación de Oxigeno mayor a 90%
	0	Saturación de Oxigeno < a 90%incluso con suplemento de oxigeno
CIRCULACION	2 ✓	TA+-20% del nivel preanestesico
	1	TA+-20%-49% del nivel preanestesico
	0	TA+-50% del nivel preanestesico
RESPIRACION	2 ✓	Capaz de respirar profundamente o toser libremente
	1	Apnea, respiración limitada o taquipnea
	0	Apneico o con respiración artificial
MOVIMIENTO	2 ✓	Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo ordenes
	1	Capaz de mover las 2 extremidades voluntariamente o bajo ordenes
	0	Capaz de mover las 1 extremidad voluntariamente o bajo ordenes
CONCIENCIA	2 ✓	Despierto
	1	Despierta al llamado
	0	Dolor agudo que requiere medicación parenteral
TOTAL	10/10	

ESCALA BROMAGUE

0. No bloqueo motor
1. Capacidad de sentarse
2. Capacidad de flexionar la rodilla con ausencia de debilidad
3. Inhabilidad para levantar la pierna extendida , puede mover la rodilla
4. Inhabilidad para flexionar la rodilla, puede mover el pie solamente
5. Inhabilidad para flexionar el tobillo, inhabilidad para mover el pie y la rodilla

ESCALA RAMSAY

Nivel 1	Paciente agitado, ansioso o inquieto
Nivel 2	Paciente cooperador, orientado y tranquilo
Nivel 3	Dormido con respuesta a órdenes
Nivel 4	Dormido con breves respuestas a la luz y el sonido
Nivel 5	Dormido con respuesta sólo al dolor

Eventos detalles del traslado

Ordenes médicas por anestasiólogo para la U.C.P.A.

Hora de alta y de salida UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTESICOS

Firma del médico

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

LISTA DE CHEQUEO PARA SEGURIDAD OPERATORIA

Página: 1/1
Código: R-CIR-0004
Edición No. 1
Fecha de Creación: 08/05/2012

JAN CARLO VALENCIA ZAPPARRATA
CC 16215328/93 Ahora/Hasta/Fin
Tel 3747428/Fuentes 8 NORTE # 16 - 88
Serv Cirugía
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan Preferente ORO
Modalidad B
Ubi SP SALA13
9989510

54

1509 19

INGRESO

Antes de la inducción anestésica
Anestesiólogo - Circulante

- [x] **EL PACIENTE HA CONFIRMADO:**
  - Identidad
  - Procedimiento a realizar
  - Sitio del procedimiento
    Der. ( ) Izq. ( ) Bil. ( ) NA ( )
  - Consentimiento informado firmado
  - Ayuno
- [x] **SITIO DE CIRUGÍA MARCADO / NO APLICA**
- [x] **CHEQUEO SEGURIDAD ANESTÉSICA:**
  - Máquina anestésica funcionando
  - Monitores funcionando
  - Canasta insumos abierta, verificada y completa
  - Laringo, tubos y máscaras disponibles
- [x] **CHEQUEO SEGURIDAD DEL PACIENTE:**
  - Alergias conocidas y definidas
  - Riesgo de broncoaspiración
  - Riesgo de intubación difícil y equipo disponible
  - Reserva de sangre si es requerida
  - Necesidad de sonda vesical y otras
- [x] **OTROS:**
  - Tromboprofilaxis química o mecánica
  - Suministros, insumos o equipos especiales están disponibles
- [x] **ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO:**
  - Definido según protocolos
  - Preparado y/o en aplicación

1525 PAUSA

Antes de la incisión
Anestesiólogo - Cirujanos

- [x] **EL EQUIPO HUMANO ESTÁ COMPLETO:**
  - Cirujano y ayudante
  - Pediatra u otro especialista requerido
  - Instrumentador quirúrgico
  - **OTROS:** Perfusionista, casa médica, navegador
- [x] **EL EQUIPO QUIRÚRGICO CONFIRMA LA CIRUGÍA, POSICIÓN DEL PACIENTE Y LADO**
- [x] **DISCUSIÓN SOBRE EVENTOS CRÍTICOS PROBABLES:**
  - **CIRUJANO:**
  - Preparación para pasos críticos
  - Duración estimada de la cirugía
  - Sangrado probable y preparación previa
  - Suministros o insumos solicitados disponibles
  - **ANESTESIÓLOGO:**
  - Manifestar si hay dificultades o problemas específicos del paciente
  - **INSTRUMENTADORA:**
  - Verifica indicadores esterilización
  - Confirma equipos especiales y/o suministros solicitados
- [x] **ESTUDIOS Y AYUDAS DIAGNÓSTICAS EN LA SALA**
- [x] **ANTIBIÓTICO PROFILÁCTICO APLICADO A TIEMPO**

SALIDA

Antes de retirar los campos
Todo el equipo quirúrgico

- [x] **INSTRUMENTADORA Y CIRCULANTE:**
  - Conteo de cortantes completo
  - Conteo completo de gasas, compresas, mechas, algodones, cotonoides e instrumental
  - Marcación de muestras o cultivos
  - Problemas con equipos para reportar
- [x] **CIRUJANOS:**
  - Alguna recomendación especial
  - Órdenes médicas acordadas
- [x] **ANESTESIÓLOGO:**
  - Órdenes médicas completas
  - Recomendaciones especiales en recuperación
- [x] **CONSIDERACIONES ESPECIALES DEL CASO:**
  - Profilaxis trombósis venosa profunda
  - Remisión a la Unidad de Cuidado Intensivo
  - Consideraciones especiales de antibióticos
- [x] **ANESTESIÓLOGO PRESENTE PARA LLEVAR PACIENTE A RECUPERACIÓN**

World Health Organization

FIRMA DEL CIRUJANO

FIRMA DEL ANESTESIÓLOGO

Ingrid B.

FIRMA DE LA INSTRUMENTADORA Y CIRCULANTE

*Esta lista de chequeo es una modificación de la sugerida por la OMS y comité de seguridad SCARE

Periodo elaboración Octubre 2011
Versión No. 3

Centro Médico Imbanaco – Vocación de Servicio	UNIDAD DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS ENTREVISTA PARA RESONANCIA MAGNETICA	Página: 1/1 Código: R-IDG-015 Versión: 05 Fecha: Febrero 2020

RESONANCIA MAGNETICA
ECHA 19/02/2021 8 32 00 a m
NVIAR A
OCTOR :
'ACIENTE
'AN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
' I CC 16719326
STUDIOS 2430342
'ESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE

Amb 2430342

FECHA DE LA ENTREVISTA: 10 - MAR - 2021

RMN a realizar: Cls + Cadd

ADVERTENCIAS: **SI el paciente tiene prótesis de cadera bilateral esta contraindicado el estudio de resonancia de próstata.**

Un procedimiento de resonancia magnética puede durar entre 15 a 60 minutos, en ocasiones especiales un poco más. El técnico de resonancia resolverá cualquier duda antes del procedimiento.

Usted debe retirarse todas las joyas, tarjeta con banda magnética, documentos, reloj, llaves, anteojos y no tener adornos en el cabello. Sus bolsillos deben estar completamente vacíos. Se le proveerá en su casillero (locker) para guardar todos estos elementos y su bata para entrar adecuadamente a su examen.

EDUCACIÓN: **Se brinda educación al paciente sobre la activación del timbre (perilla), en caso de sentir alguna incomodidad como (sensación de hormigueo, dolor, ardor), durante la toma del examen.**

NOTA: **En caso de que el paciente provenga de otro servicio, colocar el nombre y el cargo de quien realiza la entrevista**

Nombre: _____ Cargo: _____

ANTECEDENTES:

A. Patológicos: HTA [NO] DIABETES MELLITUS [NO] ASMA [NO] CANCER [NO] OTROS [ ]
Cuales: Antec de 4 cx columna lumbar, ultima 2 años. No ha cursado dolor a pesar del manejo.

B. Alergias: SI: ✓ NO: ___ Cual: Dipirona - Hidroflorfenicol.

C. Toma medicamentos: SI: ✓ NO: ___ Cual: _____

D. Antecedentes quirúrgicos: SI: ✓ NO: ___ Cual: Cx columna lumbar

E. Dispone de estudios anteriores: SI: ✓ NO: ___ Cual: _____

F. Resultado de creatinina: 0.89 mg/dl, Depuración: _____ml/min, NA: ____

G. Señalar con (x) si tiene alguno de los siguientes dispositivos en su cuerpo. **Si no los tiene favor dejar espacio en blanco.**

Marcapasos Cardiaco		Stent Cardiaco		Bomba de insulina	
Desfibrilador Cardiaco implantado		Maquillaje permanente		Filtro venoso o stent	
Bioestimulador		Prótesis de cadera bilateral		Prótesis de pene	
Implantes cocleares, auditivos		Clips en aneurisma		Catéteres	
Material de embolización		Neuroestimulador		Implante Dental	
Cuerpos extraños, proyectiles, balas		Electrodos internos		Tatuajes ##3	✓
Grapas quirúrgicas					

H. Aunque la Resonancia Magnética no produce ningún efecto biológico en las personas, hay situaciones en las que el estudio se puede ver alterado técnicamente, por lo que es necesario que nos responda el siguiente cuestionario:

	SI	NO
1. ¿Le han realizado resonancias previas?	✓	
2. ¿Le han administrado medio de contraste anteriormente?	✓	
3. ¿Es usted claustrofóbico?	✓	
4. ¿Le han realizado algún procedimiento o cirugía en la cabeza? (clipaje de aneurisma, cirugías de oídos, etc) Cúal? _____		✓
5. ¿Ha tenido accidentes en sus ojos por materiales metálicos?		✓
6. ¿Está en embarazo o tiene sospecha de estarlo?		✓
7. ¿Está amamantando?		✓

I. Peso: 90 kg, Talla: 180 cm.

J. Hora de la última Ingesta: 10 pm

ATENCIÓN DURANTE EL PROCEDIMIENTO:

K. Premedicación: SI: ___ NO: X Cual: _____

L. Medio de contraste administrado: DOTAREM, Volumen: 18 cc
Lote: 206d 02 AC Fecha vencimiento: 28 02 2023

M. Signos Vitales Iniciales: SatO2: _____ FC: _____

N. Signos Vitales durante el examen: SatO2: _____ FC: _____

O. Signos Vitales al finalizar: SatO2: _____ FC: _____

P. Complicaciones durante el examen: SI: ___ NO: ___ Cual: _____

Q. Estado del paciente al egreso: _____

Sistema

Nombre del auxiliar de enfermería RMN: Daniela C

Nombre del tecnólogo RMN: Luis Chury

Nombre paciente o acudiente: Jancarlo Zapparoni ✓

Firma: _____ C C: 1619326

NOTA: En caso de cumplir con alguno de los criterios del literal G y/o H debe realizarse la nota en la historia clínica una vez sea dada la explicación respectiva al paciente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS / PROCEDIMIENTOS / TRATAMIENTOS MÉDICOS

FECHA. 19/02/2021

NOMBRE DEL PACIENTE: JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA HC CC 16719326

EDAD: 55 Años ENTIDAD. COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD DEL C M.I:

ESPECIALISTAS EN. _____

PROCEDIMIENTO INYECCION DE MEDIO DE CONTRASTE A BASE DE GADOLINEO

Técnica: La inyección de medio de contraste paramagnético se realiza a través de una vena periférica de buen calibre, una vez se haya asegurado que el flujo a través de ella es fácil y continuo. El medio de contraste viene en frascos sellados de los cuales se extrae el mismo para todos los procedimientos en fluoroscopía o resonancia magnéica , en todo caso utilizándose un frasco o jeringa nueva por cada paciente
El contraste puede inyectarse con o sin dilución a través de las venas pero también hay ocasiones en las cuales este se inyecta por vía intrarticular (artroresonancia)

Riesgos del procedimiento:
- Reacciones alérgicas al medio de contraste
- Extravasación del medio de contraste
- De todas formas, si ocurriera cualquier complicación, el equipo tomará las medidas adecuadas para intentar solucionarlos.

Beneficios del Procedimiento:
- La inyección de medio de contraste paramagnético es un elemento fundamental para la adecuada visualización de los diferentes tejidos, en el caso de la fluoroscopia permite distender el espacio articular para una mejor evaluacion de ligamentos y cartilago y otras estructuras en la artroresonancia
- En el caso de las resonancias magnéticas, la inyección del contraste permite diferenciar tejidos y órganos, detectar lesiones, evaluar los vasos arteriales y venosos, entre otras características.

Alternativas del tratamiento:
- De no ser posible la inyección de medio de contraste endovenoso de tipo paramagnético , es preferible efectuar exámenes alternativos como Escanografia con contraste yodado , y en casos seleccionados (embarazadas, contraindicación a contraste yodado) realizar estudio sin medio de contraste.

Yo, JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIAIdentificado con la CC ___, CE ___, PA ___. No CC 16719326 expedida en _____
Obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento para que por parte de la Institución o de mi médico tratante, según el caso, se le practique el siguiente procedimiento y/o tratamiento médico e igualmente acepto la toma de muestras y práctica de biopsias si fuere del caso, aplicación de medios de contraste, medicamentos y sesiones terapéuticas con la tecnología especificada _____
Así como cualquier otra intervención o re intervención, advertida o imprevista, que a juicio del médico se haga necesaria durante su práctica, durante o posteriormente la atención/tratamiento, para cuyos efectos hago las siguientes expresas declaraciones

1 He sido informado por parte del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad que amerita la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico que he autorizado y se me ha explicado su objetivo, conveniencia y pronóstico inicial, advirtiéndoseme que la medicina no es una ciencia exacta, que todo procedimiento invasivo comporta riesgos y que los resultados de la intervención/ procedimiento(s), o el tratamiento médico, no dependen exclusivamente de la actividad médica o de una adecuada técnica quirúrgica/clínica sino también de las reacciones propias e individuales del organismo del paciente en cada caso, razón está por la cual la medicina comporta obligaciones de medio con cuyo ejercicio en ningún caso pueden ser garantizados los resultados de un procedimiento o tratamiento médico

2 El consentimiento que otorgo lo hago extensivo a los integrantes del equipo de salud que intervenga en la atención del caso, tales como médicos hospitalarios, profesionales interconsulta dos, médicos o profesionales de otras especialidades cuya intervención se requiera, enfermeras, terapistas, auxiliares de enfermería y demás personal asistencial o de apoyo para la atención del caso cuya participación sea conveniente o necesaria.

3 He elegido libremente a mi médico tratante y anestesiólogo o autorizo al médico tratante del caso la aceptación o escogencia de los integrantes del equipo de salud y demás personal a que se refiere el numeral anterior e igualmente la del anestesiólogo que deba suministrar los agentes anestésicos que el caso requiera y el método o procedimiento más conveniente para tal fin de acuerdo con las condiciones y antecedentes del mismo

4.Acepto la práctica de los procedimientos que se hagan necesarios para fines diagnósticos, de confirmación diagnóstica o que formen parte del tratamiento, sean invasivos o no y, requieran un consentimiento especifico, éste se diligenciará por separado.

5 He tenido oportunidad de dar a conocer al médico tratante mis dudas, temores e incertidumbres con respecto a la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he consentido He recibido explicaciones al respecto en lenguaje claro que he comprendido cabalmente por su contenido apropiado para mi grado de educación y cultura. Se me ha explicado que frente a cualquier duda o temor este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, en todo o en parte, pero se me ha advertido que en tal caso asumo la responsabilidad por las consecuencias o efectos inmediatos o tardíos que llegaren a surgir sino se realiza la intervención principal programada/procedimiento/tratamiento médico

6 He recibido amplias explicaciones sobre los objetivos de la intervención y/o procedimiento(s) y/o tratamiento médico, cuya práctica he aceptado, incluido el suministro de anestesia y se me ha transmitido la información general pertinente a los riesgos y complicaciones que pueden llegar a presentarse

7.Se me ha informado y explicado igualmente que. Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales se puede presentar sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles.

8 En forma inmediata o mediata al procedimiento, pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención. Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas, dependiendo del organismo de cada individuo.

9 Se me ha informado que existen riesgos imprevisibles, así como riesgos de muy difícil previsión los cuales, por serlo no pueden ser advertidos Los riesgos de los procedimientos invasivos cuando se presentan con características de graves pueden ser generadores de complicaciones que a pesar de los esfuerzos de los especialistas tratantes y de la utilización de los recursos disponibles para contrarrestarlas, podrían llegar a comprometer de forma temporal o permanente mis condiciones de salud y, en casos extremos, mi propia vida

10 Declaro que he dado a conocer al personal asistencial información veraz sobre mis antecedentes personales, alérgicos, medicamentosos, patológicos y sospecha de embarazo, entre otros Certifico que he seguido cabalmente las recomendaciones o preparación ordenadas por el personal asistencial para la realización de la atención/procedimiento/tratamiento médico programado, así como también he informado de los medicamentos que actualmente recibo.

11 Se me ha advertido e informado de mi responsabilidad para seguir a cabalidad las recomendaciones dadas por el profesional de la salud, como parte del cuidado

y plan de tratamiento acordado para mi recuperación Los efectos que se presenten producto de acciones contrarias a las indicaciones médicas, no se asumirán como responsabilidad del profesional de la salud

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

1- He sido informado (a) en el sentido de que mi Historia Clínica bien sea durante mi tratamiento o después de haber egresado del Centro Médico Imbanaco de Cali S.A., podría ser utilizada, con mi consentimiento, como documento de referencia para estudios de investigación aprobados por el comité de ética en investigación del Centro Médico Imbanaco, teniendo en cuenta las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2 008, las guías de buenas prácticas clínicas y la Ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos Con este único fin autorizo que mi Historia Clínica pueda ser conocida por terceros que tengan a cargo la correspondiente investigación siempre y cuando se trate de profesionales calificados o sus colaboradores y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes Este consentimiento no comprende la autorización para investigaciones en las cuales se utilicen mis tejidos y/o muestras que no hayan sido explícitamente autorizadas **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____ NO: ____.**

2- Autorizo de requerirse se anexen a mi Historia Clínica fotografías y/o videos de mi proceso de atención, salvaguardando mi identidad **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____NO: ____**

3- Autorizo que las fotografías y/o videos anteriormente aceptadas puedan ser utilizadas con fines académicos, científicos y de investigación y, que para tales efectos se proteja la confidencialidad y reserva de mi Historia Clínica y el secreto profesional del médico contenido en la misma, salvaguardando mi identidad, omitiendo mi nombre e identificación, así como el del médico o médicos tratantes. **En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento. SI: ____NO: ____.**

En forma autónoma, libre y consciente otorgo mi consentimiento

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA QUE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO:

Juancarlo Zapata J.

CC ___, CE ___, PA ___ No 16710326 De Cali

Testigo _____ CC ___, CE ___, PA ___ No _____ De _____

Dirección Av 8 norte #10-98 APTO 1108 Ciudad Cali

FECHA Y HORA DE FIRMA DEL CONSENTIMIENTO _____

Profesional de la salud _____

C C No _____ De _____ Reg Médico _____

C C No _____ De _____ Reg Médico _____

DISENTIMIENTO INFORMADO (NO CONSENTIMIENTO)

Por medio de la presente constancia, obrando en mi propio nombre o como representante legal o responsable del menor arriba identificado, por medio del presente escrito en forma autónoma, libre y consciente no autorizo que se me realicen/ le realicen el (los) procedimiento(s), actividad(es) o tratamiento(s) _____ y declaro que asumo la responsabilidad legal plena por los efectos de esta decisión, la cual ha sido tomada después de que el Dr(es) _____ me ha(n) explicado en forma clara las implicaciones, riesgos, peligros y complicaciones que para mi salud comporte esta decisión

Nombre y Firma del Paciente/Representante Legal /Responsable _____

CC ___, CE ___, PA ___ No. _____ De _____

Testigo _____ CC ___, CE ___, PA ___ No _____ De _____

FECHA Y HORA DE FIRMA DEL DISENTIMIENTO _____

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, y riesgos del procedimiento/ actividad/ tratamiento y he contestado todas las preguntas al paciente/ Responsable. El (la) paciente/ responsable ha aceptado y comprendido todo lo explicado

Valoración pre-anestésica

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

DATOS DEL PACIENTE

Fecha de diligenciamiento: 19 Feb 21 | Fecha de cirugía: 19 Feb 21 | Hora:

Nombres y Apellidos: Jan Carlo Zaparrato Valencia | Sexo F ☐ M ☒ | Edad: 33 Día(s) ☐ Mes(es) ☐ Año(s) ☒ | Ocupación: | Entidad:

Diagnóstico: Dolor radicular lg. | Procedimiento: RMN columna lumbar | Cirujano:

ANTECEDENTES

QUIRÚRGICOS Hemorragia - Infección: Artrodesis L4-L5-S1. 2014

ANESTÉSICOS (General, Regional) NVPO - Hipotermia - Dolor incontrolado - Insomnio - Agitación

MÉDICOS (CV, Respiratorio, Renal, Hematológico, Endocrino, GI, Inmunológico, Neurológico, Psiquiátrico, Neuromuscular, Piel)

- Dolor radicular lg.
- Claustrofobia

Medicamentos

Alérgicos: DIPIRONA

Trasfusionales: HIDROXICLOROQUINA

Hemorrágicos

Tóxicos - Adicciones

Ginecoobtétricos FUM:

ANTECEDENTES FAMILIARES: Problemas de anestesia - Alergias - Hemorragias - Hipercoagulación - Anemias - Musculares - Otros

EXAMEN FÍSICO

Apariencia general: ALG-OO, MUCOSAS

Presión arterial mmHg	Sentado / Decúbito	Frecuencia cardíaca Latidos/min	Frecuencia respiratoria Respirac./min	Pulsoximetría %	Temperatura °C	Peso kg	Talla m	IMC
140/90		80	20	96		90		

Cabeza y cuello:

Lentes de contacto	☒ No ☐ Si	Masas en cuello	☐ Si ☒ No		
Apertura Oral	☒ > 3cm ☐ < 3cm	Mallampati	1 ☒ 2 3 4		
Dientes Flojos	☒ No ☐ Si	D Tiromentoniana	☒ > 6.5cm ☐ < 6.5cm		
Protrusión Dental	☐ Si ☒ No	D Esternomentoniana	☒ > 12cm ☐ < 12cm		
Prótesis	☒ No ☐ Si				

Tórax:

Ruidos cardíacos	☒ Normal ☐ Anormal	Explique.
Auscultación pulmonar	☒ Normal ☐ Anormal	Explique.

Abdomen: Ayuno OK

Extremidades: Fácil venopunción para líquidos endovenosos - Insuficiencia venosa - Edemas - Test de Allen: OK

Espalda: Fácil para conductivo

Otros

EXÁMENES

Hb/Hcto		Glicemia		TSH		P de O
Leucocitos		Creatinina		Albumina		EKG / ECO / Esfuerzo / Cateterismo
Plaquetas		Na+				Rayos X de tórax
TP		K+				Otros estudios
PTT		Cl -				

PLANES

Riesgo: ASA (2) NYHA Glasgow Otras

Preoperatorio: Premedicación Ayuno 8h Profilaxis TVP/TEP Profilaxis antibiótica (PPS): Hemodenvados ☐ Preparación de colon ☐

Operatorio: (Sedación) A. Local A. Conductiva A. General | IOT INT LMA (C Nasal) Monitoría Vadlcg ☐ Compresión neumática

Postoperatorio: Analgesia: I-Y (Ambulatorio) Hospitalizado Intermedio UCI UCI-Pediátrica UCI-RN

Interconsultas: Otros

Nombre del anestesiólogo y firma

Jaime E. Muñoz M.
Anestesiólogo
C.C. 16 648 409
T.P. 17405-00

Consentimiento para procedimientos anestésicos

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Yo, Juan Carlos Zapata V. identificado con documento de identidad; Tipo [1]
No. 16719326, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología del Centro Médico Imbanaco, a realizar en mi o en el (la) paciente el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica:

Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el anestesiólogo empleara todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración.

Técnica general y sedación: Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, lesión de labios y/o dientes, laringoespasmo, bronco espasmo, neumonía, bronco aspiración, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertermia, alteraciones cognoscitivas y psicomotoras, sueños o recuerdos intraoperatorios, infarto, tromboembolismo pulmonar, embolia cerebral, arritmias, convulsiones, paro cardiorespiratorio y muerte.

Técnica conductiva neuroaxial. Hematoma, absceso epidural, meningitis, lesión neurológica, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, vejiga miogenica o retención urinaria, paro cardiorespiratorio y muerte Además se me explica el manejo del dolor con analgesia peridural ambulatoria con bombas PCA la cual tiene los mismos riesgos de la técnica conductiva.

Bloqueos Regionales. Neurotoxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional, daño ocular, quemaduras o esconaciones piel, paro cardiorespiratorio y muerte

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos impredecibles como reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, productos sanguíneos, y/o elementos de monitoria.

La anestesia será administrada por uno de los anestesiólogos socio o adscrito del Centro Médico Imbanaco, entendiendo también que puede participar más de uno si llega la hora de cambio de turno.

Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos, y gineco-obstetricos, incluyendo la capacidad de estar embarazada, así como las alergias, consumo de sustancias toxicas como alcohol, cigarrillo y drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos, y potenciales complicaciones

Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE
Firma
Documento de identidad: Tipo CC No: 16719326

TESTIGO
Firma:
Nombre:
Documento de identidad: Tipo No:

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente/ tutor comprende(n) completamente lo que he explicado.

MÉDICO ANESTESIÓLOGO
Firma.
Sello
Fecha de diligenciamiento 19 Feb 21
DD MM AA

1 Tipo: CC: Cédula de ciudadanía; CE. Cédula de extranjería; PA: Pasaporte.

Evaluación previa a la inducción

Fecha: 19-Feb-21 ASA 2 TA 140/90 FC 80 FR 120 TEMP Sat 02: 98

Medicamentos

1. Responda los cambios de su salud desde la pre-anestesia hasta el día hoy.

¿Tiene tos o catarro? Si ☐ No ☒ ¿Esta orinando bien? Si ☒ No ☐ Tiene heridas o pus en la piel? Si ☐ No ☒

¿Ha tenido cefalea o mareos? Si ☐ No ☒ ¿Tiene cólicos abdominales o diarrea? Si ☐ No ☒

¿Tiene algo que agregar usted que considere importante, antes de la anestesia? Si ☐ No ☒ Esta usted en ayuno? Si ☒ No ☐

¿Cuánto tiempo de Ayuno? 8 H Tiene exámenes solicitados en la preanestesia pendientes? Si ☐ No ☒

¿Cuáles?

Jaime E. Niño
Anestesiólogo
Firma del médico

Registro Anestésico

Centro Médico Imbanaco
Vocación de Servicio

Fecha
PACIENTE:

Diagnósticos
Procedimiento

Anestesiólogos
Cirujano
Ayudante
Instrumentadora
Circulante

Eventos intraoperatorios

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18

ANESTÉSICOS

FiO2

Ver Registro en SISA

EVENTOS IOP

Técnica Anestésica

- General Inhalatoria
- Intravenosa
- Multimodal
- Peridural
- Espinal

Aguja No _____ Catéter_____
Nivel punción _____
Nivel anestésico _____
Bloqueo _____

- Sedación
- Local controlada

EKG
SpO2
EtCO2
TEMP
BIS
RNM
Diuresis
PVC

Hora

200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 35 30 25 20 15 10 5

Vía Aérea

- Cánula
- Máscara
- LMA
- Frestrach
- Prosecal
- Flexible
- IOT
- INT
- Fibroscopia

Tubo doble luz
- Derecho
- Izquierdo
- Sellick
- Cormack

No _____

VENTILACIÓN
Modo:
FR:
VM:
Pva:
Peep:

Jaime B. Ñ. 902
Anes.
C.C. TP. FIRMA

GASES SANGUINEOS

Hora	pH	pCO2	paO2	HCO3	SAT	BE	LACT

BALANCE DE LIQUIDOS

Eliminados		Administrados	
Déficit		Lactato Ringer	
Pérdidas Insensibles		Solución salina	
Diuresis		Coloides	
Sangrado		Sangre	
Otros		Glóbulos rojos	
		Otros	
Total		Total	

Trasladado a:

- Fase I de recuperación Anestésica
- Fase II de recuperación Anestésica

UCIM UCI UCI-P UCI-RN

Tiempos

Inicio de anestesia _____
Inicio de cirugía
Fin cirugía
Fin anestesia

Nota entrega anestesiólogo

Traslado de quirófano a la Unidad de Cuidados Postanestésicos

Centro Médico Imbanaco®
Vocación de Servicio

Sticker

Hora de traslado

Complicaciones Intraoperatorias

INGRESA CON

- ☐ Canalización venosa
- ☐ Canalización arterial
- ☐ Hemovac
- ☐ Catéter Pendural
- ☐ Catéter Central
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Tubo Endotraqueal
- ☐ Tubo de Tórax
- ☐ Sonda Nasogástrica Drenaje
- ☐ Otro(s), ¿ Cual(es)? _____

VALORACIÓN DE ACUERDO ANESTESIA RECIBIDA A LA SALIDA DEL QUIRÓFANO

ESCALA DE ALDRETTE

SPO2	(2)	Capaz de mantener saturación de Oxigeno >92% en aire ambiente
	1	Requiere Oxígno para mantener saturación de Oxígeno mayor a 90%
	0	Saturación de Oxigeno < a 90%incluso con suplemento de oxigeno
CIRCULACION	(2)	TA+-20% del nivel preanestesico
	1	TA+-20%-49% del nivel preanestesico
	0	TA+-50% del nivel preanestesico
RESPIRACION	(2)	Capaz de respirar profundamente o toser libremente
	1	Apnea, respiración limitada o taquipnea
	0	Apneico o con respiración artificial
MOVIMIENTO	(2)	Capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo ordenes
	1	Capaz de mover las 2 extremidades voluntariamente o bajo ordenes
	0	Capaz de mover las 1 extremidad voluntariamente o bajo ordenes
CONCIENCIA	2	Despierto
	(1)	Despierta al llamado
	0	Dolor agudo que requiere medicación parenteral
TOTAL	9/10	

ESCALA BROMAGUE

0.	No bloqueo motor
1.	Capacidad de sentarse
2.	Capacidad de flexionar la rodilla con ausencia de debilidad
3.	Inhabilidad para levantar la pierna extendida , puede mover la rodilla
4.	Inhabilidad para flexionar la rodilla, puede mover el pie solamente
5.	Inhabilidad para flexionar el tobillo, inhabilidad para mover el pie y la rodilla

ESCALA RAMSAY

Nivel 1	Paciente agitado, ansioso o inquieto
Nivel 2	Paciente cooperador, orientado y tranquilo.
Nivel 3	Dormido con respuesta a órdenes
Nivel 4	Dormido con breves respuestas a la luz y el sonido
Nivel 5	Dormido con respuesta sólo al dolor.

Eventos detalles del traslado

Ordenes médicas por anestesiólogo para la U.C.P.A.

Rx Ceruda mgd 3 Lt x'

Hora de alta y de salida UNIDAD DE CUIDADOS POS ANESTESICOS

Firma del médico

Clínica Imbanaco Grupo Quirónsalud	CONSENTIMIENTO DE SUMINISTRO DE ALIMENTOS DEL CMI	Página: 1/1 Código: R-GCAM-070 Versión No: 2 Fecha: Marzo 2018

Ciudad / Fecha: Cali, 06-04-21 Hora: 0500 Habitación: 725

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 1671B326/56 A DB/Masculino
Tel 3212781349/AVENIDA B NORTE # 10 - 98
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 725 T
11211656

Yo ___ identificado con C.C# _____ y mi acompañante (responsable del paciente), identificado con C.C# _____

Conoci

1) Que existen deberes del paciente, dentro de los cuales están:

- Aportar la información necesaria para la atención médica.
- Colaborar en todos los aspectos relacionados con el cuidado y tratamiento de mi enfermedad
- Cumplir con las instrucciones e indicaciones que el cuerpo médico sugiera para mi tratamiento.

2) Que el Centro Médico Imbanaco tiene una **política de Ingreso y consumo de alimentos,** de la cual me han informado y en la que la dieta que requieren los pacientes está sujeta a un plan alimentario individual susceptible a cambios sólo por el personal de salud de la organización.

3) Que el Centro médico Imbanaco solo puede responsabilizarse por la calidad de los alimentos preparados institucionalmente para el paciente, con base en las órdenes médicas.

Me comprometo a:

1) NO suministrar alimentos ni bebidas que estén fuera de la dieta prescrita por el personal idóneo y que no sean suministrados por la propia organización (el suministrar alimentos no autorizados puede generar desenlaces clínicos no esperados o complicaciones en el manejo del paciente).

2) Si soy familiar o acompañante del paciente, NO consumiré alimentos ni bebidas dentro de las habitaciones.

3) Si soy acompañante único y debo permanecer de forma permanente en la habitación, puedo consumir mis alimentos dentro de ella y debo informar de esta situación al personal asistencial para que me sea suministrado el permiso.

Yo me comprometo a cumplir lo que aquí se encuentra escrito.

Firma del responsable del Paciente: _____
CC #_____

Firma del Paciente: _____
CC #_____

Clínica Imbanaco
Grupo Quirónsalud

HOJA DE ALERTA TEMPRANA PACIENTE ADULTO

Tipo de Documento
Registro

APPARRATA VALENCIA
18719328/35 A ds/Masculino
1 3212783349/AVENIDA 8 NORTE # 10 - 90
211656
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 725 1

Acción:

En blanco	Continuar las observaciones según lo planeado
1 en rojo	Escalada inmediata a Jefe y Medico Hospitalario

Frecuencia y duración de las Observaciones

Fecha (DD/MM)		12-04	12-04	13-04	
Hora		8m.	14.	20	06
Peso al ingreso	92				
Temperatura	>= 39				
	38				
	>= 37.8				
	< 36	36.3	36.3	37.4	36
Frecuencia cardiaca (lat x min)	120				
	>= 110				
	100	92			
	90				
	>= 81		87		
	60			111	72
	< 50				
Frecuencia respiratoria (resp x min)	40				
	30				
	21				
		20	20	20	20
	<=11				
TAS (mmHg)	> = 160				
	> = 140				
		153	136		
	120			117	129
	100				
	<= 90				
TAD (mmHg)	>= 110				
	100				
	>=90				
		82	87		89
	80				
	70				
	<=60				
	50				
SaO2	100				
	90	93	92	96	92
	80				
	70				
	60				
Respuesta	Alerta	20	20	✓	✓
	Al llamado				
	Al dolor				
	No responde				
Diuresis Cc/Kg/H	0 - 0.49				
	0.5 - 0.9				
	1 - 3.4				
	> = 3.5				
Dolor	0 - 1	0	0	0	0
	2 - 3				
	> = 4				
Nombre legible del Responsable		NMS	NP	Leny	Leny

Clínica Imbanaco Grupo Quirónsalud	HOJA DE ALERTA TEMPRANA PACIENTE ADULTO	Página: 2/2 Código: R-HOSP- 094 Versión: 01 Fecha: Marzo 2021

El paciente ingresa al servicio de hospitalización con medicamentos inmunosupresores SI NO

Al llegar paciente al servicio de hospitalización la jefe debe dejar registro del control de líquidos que le realizaron en la UCI hasta el momento del traslado (dato entregado por la jefe de ucl que comenta el paciente)

Total de líquidos administrados en UCI (EV, Via oral, sondas):	Total líquidos eliminados en UCI:	Gasto urinario en UCI:

ALARMAS

AVISAR: al médico tratante el aumento de valores con relación a resultados anteriores.

TRASPLANTADO HEPATICO	TRASPLANTADO DE CORAZON	TRASPLANTADO RENAL	SOSPECHA O DIAGNOSTICO DE SARS COV2
Bilirrubinas mayor 3 mg/dl	Creatinina aumento 0.5mg/dl con relación al resultado anterior	Creatinina aumento 0.5mg/dl con relación al resultado anterior	LDH: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Bun mayor de 20 mg/dl con relación al resultado anterior	Bun mayor de 20 mg/dl con relación al resultado anterior	FERRITINA: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Hb caida de 2 Gr/ dl o Hb Menor de 10 Mg/ dl	Hb caida de 2 gr/dl	DIMERO D: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
Transaminasas mayor a 1000 U/L	Plaquetas: menos de 75.000 x10^3/uL	Plaquetas: menos de 75 000 x10^3/uL	AST/ALT Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Leucocitos: menos de 20 000 x10^3/uL	Leucocitos: menos de 20.000 x10^3/uL	PLAQUETAS. Disminucion de los valores referencia o Disminución con relación al valor anterior
Hb caida de 2 gr/dl	Potasio menor de 3.5 y/o mayor de 5 meq/L	Potasio menor de 3.0 y/o mayor de 5 meq/L	LINFOCITOS. Disminucion de los valores referencia o Disminución con relación al valor anterior
	Magnesio menor de 1.5 mg/dl	Magnesio menor de 1.5 mg/dl	LEUCOCITOS: Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
Plaquetas: menos de 50.000 x10^3/uL		Fósforo menor de 2 mg/dl	HEMOGLOBINA: Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
	Fósforo menor de 2 mg/dl	Sodio mayor o igual a 160 meq/L y/o menor de 130 meq/L	HEMATOCRITO: Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
		Peso: aumento o perdida de 1 kg diario	
Plaquetas: menos de 75.000 x10^3/uL	Sodio mayor o igual a 145 meq/L y/o menor de 130 meq/L	Glicemia mayor o igual a 300 mg/dL y/o menor de 60 mg/dL	Cambios en el estado Neurologicos (Somnolencia o Letargia)
		Hematuria	

LÍQUIDOS ADMINISTRADOS

HORA	VÍA ORAL	LEV	NET	TPN	REPOSICIÓN	HEMODERIV
7	150	70				
8		70	125			
9	250	70				
10		70				
11		70				
12	180	70				
TOTAL	580	420	125			
13		70				
14	300	70				
15		70				
16		70	125			
17	400	70				
18		70				
TOTAL	700	420	125			
19		70				
20	170	70				
21		70				
22		70				
23		70				
24		70	125			
1		70				
2		70				
3		90				
4		70				
5		70				
6		70				
TOTAL	170	840	125			
TOTAL 24 HRS						

LÍQUIDOS ELIMINADOS

ORINA	DREN1___	DREN2___	SONDAS	OTROS	OSTOMIAS
900					
700					
200					
700					
300					

TOTAL DE LÍQUIDOS

	ADM	ELIMIN	BALANC
M	1125	700	975 +
T	1745	700	1045 +
N	1135	1300	
24 HRS	3505	1900	1605

A · 2370
E · 400
B 1970 +
G. Bisoctatte.

Clínica Imbanaco
Grupo Quirónsalud

HOJA DE ALERTA TEMPRANA PACIENTE ADULTO

Tipo de Documento:
Registro

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 18719328/55 A os/Masculino
Tel 3212761348/AVENIDA 8 NORTE # 18 - 9
Serv:HOSPITALIZACION
Sal COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 725 T
11211656

Acción:

	En blanco	Continuar las observaciones según lo planeado
	1 en rojo	Escalado inmediato a Jefe y Médico Hospitalario

Frecuencia y duración de las Observaciones

Fecha (DD/MM)		11-04	11-04	11-04	12-04								
Hora		9:00	15.	20:00	04:00								
Peso al Ingreso: _____													
Temperatura	>= 39												
	38												
	>= 37.8												
	< 36	36.5	35.	36.6	36.4								
Frecuencia cardíaca (lat x min)	120												
	>= 110												
	100												
	90												
	>= 81	83	81	84	80								
	60												
	< 50												
Frecuencia respiratoria (resp x min)													
	40												
	30												
		22											
	21												
		20	20	20	20								
	<=11												
TAS (mmHg)	> = 160												
	> = 140	140											
			132	133									
	120				107								
	100												
	<= 90												
TAD (mmHg)	> = 110												
	100												
	>=90	90											
				88									
	80												
	70												
					66								
	<=60												
	50												
SaO2	100		93	93									
	90	91			97								
	80												
	70												
	60												
Respuesta	Alerta	SI		SI	SI								
	Al llamado												
	Al dolor												
	No responde												
Disnea O2/Reg/H	0 - 0.49												
	0.5 - 0.9												
	1 - 3.4												
	> = 3.5												
Dolor	0 - 1	0/10	0/10	✓	✓								
	2 - 3												
	> = 4												
Nombre legible del Responsable		Andrea Arango	Andrea Arango										

Clínica Imbanaco
Grupo Quirónsalud

HOJA DE ALERTA TEMPRANA PACIENTE ADULTO

Código: R-HOSP- 094
Versión: 01
Fecha: Marzo 2021

El paciente ingresa al servicio de hospitalización con medicamentos inmunosupresores SI NO

Al llegar paciente al servicio de hospitalización la jefe debe dejar registro del control de liquidos que le realizaron en la UCI hasta el momento del traslado (dato entregado por la jefe de uci que comenta el paciente)

Total de liquidos administrados en UCI (EV, Via oral, sondas):	**Total liquidos eliminados en UCI:**	**Gasto urinario en UCI:**

ALARMAS

AVISAR: al médico tratante el aumento de valores con relación a resultados anteriores.

TRASPLANTADO HEPATICO	TRASPLANTADO DE CORAZON	TRASPLANTADO RENAL	SOSPECHA O DIAGNOSTICO DE SARS COV2
Bilirrubinas mayor 3 mg/dl	Creatinina aumento 0.5mg/dl con relación al resultado anterior	Creatinina aumento 0.5mg/dl con relación al resultado anterior	LDH: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Bun mayor de 20 mg/dl con relación al resultado anterior	Bun mayor de 20 mg/dl con relación al resultado anterior	FERRITINA. Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Hb caida de 2 Gr/ dl o Hb Menor de 10 Mg/ dl	Hb caida de 2 gr/dl	DIMERO D: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
Transaminasas mayor a 1000 U/L	Plaquetas: menos de 75.000 x10A3/uL	Plaquetas: menos de 75.000 x10A3/uL	AST/ALT Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Leucocitos: menos de 20.000 x10A3/uL	Leucocitos: menos de 20.000 x10A3/uL	PLAQUETAS: Disminucion de los valores referencia o Disminución con relación al valor anterior
Hb caida de 2 gr/dl	Potasio menor de 3.5 y/o mayor de 5 meq/L	Potasio menor de 3.0 y/o mayor de 5 meq/L	LINFOCITOS. Disminucion de los valores referencia o Disminución con relación al valor anterior
	Magnesio menor de 1.5 mg/dL	Magnesio menor de 1.5 mg/dL	LEUCOCITOS: Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
Plaquetas: menos de 50.000 x10A3/uL		Fósforo menor de 2 mg/dL	HEMOGLOBINA. Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
	Fósforo menor de 2 mg/dL	Sodio mayor o igual a 160 meq/L y/o menor de 130 meq/L	HEMATOCRITO: Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
		Peso: aumento o perdida de 1 kg diario	
Plaquetas: menos de 75.000 x10A3/uL	Sodio mayor o igual a 145 meq/L y/o menor de 130 meq/L	Glicemia mayor o igual a 300 mg/dL y/o menor de 60 mg/dL	Cambios en el estado Neurologicos (Somnolencia o Letargia)
		Hematuria	

LÍQUIDOS ADMINISTRADOS

HORA	VÍA ORAL	LEV	NET	TPN	REPOSICIÓN	HEMODERIV
7		70	100			
8	200	125				
9		70				
10	150	70				
11		70				
12	200	70				
TOTAL	550	475				
13		70				
14		70				
15	120	70				
16		125				
17		70				
18	200	75				
TOTAL	320	480				
19		70				
20	140	70				
21		70				
22		70				
23		70				
24		70				
1		70				
2		70				
3		70				
4		70				
5		70				
6	100	70	50			
TOTAL	200	840	50			
TOTAL 24 HRS						

LÍQUIDOS ELIMINADOS

ORINA	DRENI___	DRENS___	SONDAS	OTROS	OSTOMIAS
400					
400					
300					
200					
500					
400					
300					
1000					

TOTAL DE LIQUIDOS

	ADM	ELIMIN	BALANC
M	1025	400	+625
T	850	300	+550
N	1090	1000	90(+)
24 HRS			

A = 2965
E = 1700
B = 1265 (+)
GU = 0.7 x Kg x h

Clínica Imbanaco
Grupo Quirónsalud

HOJA DE ALERTA TEMPRANA PACIENTE ADULTO

Tipo de Documento
Registro

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16718326/85 A os/Masculino
Tel 3212763349/AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98

11211656

Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 725 T

Acción:

En blanco	Continuar las observaciones según lo planeado
1 en rojo	Escalada inmediata a Jefe y Médico Hospitalario

Frecuencia y duración de las Observaciones

Fecha (DD/MM)		10/04	10/04	10/04	11/04								
Hora		10:00	MIDD	20									
Peso al Ingreso: ____													
Temperatura	>= 39												
	38												
	>= 37.8												
	< 36	36.7	36	36	36								
Frecuencia cardíaca (lat x min)	120												
	>= 110												
	100												
	90	77	76.	65	69								
	>= 51												
	60												
	< 50												
Frecuencia respiratoria (resp x min)	40												
	30												
	21												
		20.	10.	20	19								
	<=11												
TAS (mmHg)	> = 160												
	> = 140												
	120	127	138		135								
	100												
	<= 90												
TAD (mmHg)	>= 110												
	100												
	>=90		42		89								
	80			82									
	70												
	<=60												
	50												
Sat02	100												
	90	91	95.	96	95								
	80												
	70												
	60												
Respuesta	Alerta	✓	✓	✓	✓								
	Al llamado												
	Al dolor												
	No responde												
Diuresis cc/Kg/H	0 - 0.49												
	0.5 - 0.9												
	1 - 3.4	0	0	0									
	> = 3.5												
Dolor	0 - 1			0	0								
	2 - 3												
	> = 4												
Nombre legible del Responsable													

Clínica Imbanaco
Grupo Quirónsalud

HOJA DE ALERTA TEMPRANA PACIENTE ADULTO

Código: R-HOSP- 094
Versión: 01
Fecha: Marzo 2021

El paciente ingresa al servicio de hospitalización con medicamentos inmunosupresores SI NO

Al llegar paciente al servicio de hospitalización la jefe debe dejar registro del control de liquidos que le realizaron en la UCI hasta el momento del traslado (dato entregado por la jefe de uci que comento el paciente)

Total de liquidos administrados en UCI (EV, Via oral, sondas):	Total liquidos eliminados en UCI:	Gasto urinario en UCI:

ALARMAS

AVISAR: al médico tratante el aumento de valores con relación a resultados anteriores.

TRASPLANTADO HEPATICO	TRASPLANTADO DE CORAZON	TRASPLANTADO RENAL	SOSPECHA O DIAGNOSTICO DE SARS COV2
Bilirrubinas mayor 3 mg/dl	Creatinina aumento 0.5mg/dl con relación al resultado anterior	Creatinina aumento 0.5mg/dl con relación al resultado anterior	LDH: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Bun mayor de 20 mg/dl con relación al resultado anterior	Bun mayor de 20 mg/dl con relación al resultado anterior	FERRITINA. Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Hb caida de 2 Gr/ dl o Hb Menor de 10 Mg/ dl	Hb caida de 2 gr/dl	DIMERO D- Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
Transaminasas mayor a 1000 U/L	Plaquetas: menos de 75.000 x10^3/uL	Plaquetas: menos de 75 000 x10^3/uL	AST/ALT Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Leucocitos: menos de 20 000 x10^3/uL	Leucocitos: menos de 20 000 x10^3/uL	PLAQUETAS: Disminucion de los valores referencia o Disminución con relación al valor anterior
Hb caida de 2 gr/dl	Potasio menor de 3.5 y/o mayor de 5 meq/L	Potasio menor de 3.0 y/o mayor de 5 meq/L	LINFOCITOS: Disminucion de los valores referencia o Disminución con relación al valor anterior
	Magnesio menor de 1.5 mg/dl.	Magnesio menor de 1.5 mg/dl.	LEUCOCITOS: Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
Plaquetas: menos de 50 000 x10^3/uL		Fósforo menor de 2 mg/dl.	HEMOGLOBINA: Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
	Fósforo menor de 2 mg/dl.	Sodio mayor o igual a 160 meq/L y/o menor de 130 meq/L	HEMATOCRITO: Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
		Peso aumento o perdida de 1 kg diario	
Plaquetas. menos de 75.000 x10^3/uL	Sodio mayor o igual a 145 meq/L y/o menor de 130 meq/L	Glicemia mayor o igual a 300 mg/dL y/o menor de 60 mg/dL	Cambios en el estado Neurologicos (Somnolencia o Letargia)
		Hematuria	

LÍQUIDOS ADMINISTRADOS

HORA	VÍA ORAL	EEV	NET	TPN	REPOSICIÓN	HEMODERIV
7						
8	100	140				
9						
10		140	125			
11						
12	300	140				
TOTAL	400	420	125			
13						
14	120	140				
15			125			
16		140				
17						
18	200	140	75			
TOTAL	460	1120	200			
19		20				
20		20				
21		20				
22		20				
23	300	20				
24		20				
1		20				
2		20				
3		20				
4	900	20				
5		20				
6		20				
TOTAL	500	840				
TOTAL 24 HRS						

LÍQUIDOS ELIMINADOS

ORINA	DRENS___	DRENS___	BOMBAS	OTROS	OSTOMIAS
300					
300					
400					
200					
200					
1200					
1200					

TOTAL DE LIQUIDOS

	ADM	ELIMIN	BALANC
M		1400	
T	2025		+2025
N	1340	1200	
24 HRS	3365	2700	1165

9.0.9.

Clínica Imbanaco
Grupo Quirónsalud

HOJA DE ALERTA TEMPRANA PACIENTE ADULTO

Tipo de Documento.
Registro

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719320/55 A ds/Masculino
Tel 3212763348/AVENIDA 6 NORTE # 16 - 58

11211656

Serv HOSPITALIZACION
Ent CCONEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 726 T

Acción:	
En blanco	Continuar las observaciones según lo planeado
1 en rojo	Escalada inmediata a Jefe y Medico Hospitalario

Frecuencia y duración de las Observaciones

Fecha (DD/MM)		8	9	20:00	9:00	4:00								
Hora														
Peso al ingreso:														
Temperatura	> = 39													
	38													
	>= 37,8													
	< 36	36.1	36	36.6	35.6									
Frecuencia cardiaca (lat x min)														
	120													
	> = 110													
	100													
	90													
	>= 81	84	76	88	70									
	60													
	< 50													
Frecuencia respiratoria (resp x min)														
	40													
	30													
	21													
		20	20	20	20									
	< =11													
TAS (mmHg)	> = 160													
	> = 140			143										
		125	124											
	120													
	100				109									
	<= 90													
TAD (mmHg)	>= 110													
	100													
	>=90													
		82	83	90										
	80													
	70													
					69									
	<=60													
	50													
SaO2	100													
	90	90	93	94	98									
	80													
	70													
	60													
Respuesta	Alerta	✓	✓	✓	SI									
	Al llamado													
	Al dolor													
	No responde													
Diuresis cc/Kg/H	0 - 0.49													
	0.5 - 0.9													
	1 - 3.4													
	> = 3.5													
Dolor	0 - 1	—	—	0	0									
	2 - 3													
	> = 4													
Nombre legible del Responsable		Ferch	Ferch	Jefe	Jefe	Jefe								

Clínica Imbanaco
Grupo Quirónsalud

HOJA DE ALERTA TEMPRANA PACIENTE ADULTO

Código: R-HOSP- 094
Versión: 01
Fecha: Marzo 2021

El paciente ingresa al servicio de hospitalización con medicamentos Inmunosupresores SI NO

Al llegar paciente al servicio de hospitalización la jefe debe dejar registro del control de liquidos que le realizaron en la UCI hasta el momento del traslado (dato entregado por la jefe de uci que cometa el paciente)

Total de liquidos administrados en UCI (EV, Via oral, sondas):	Total liquidos eliminados en UCI:	Gasto urinario en UCI:

ALARMAS

AVISAR: al médico tratante el aumento de valores con relación a resultados anteriores.

TRASPLANTADO HEPATICO	TRASPLANTADO DE CORAZON	TRASPLANTADO RENAL	SOSPECHA O DIAGNOSTICO DE SARS COV2
Bilirrubinas mayor 3 mg/dl	Creatinina aumento 0.5mg/dl con relación al resultado anterior	Creatinina aumento 0.5mg/dl con relación al resultado anterior	LDH: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Bun mayor de 20 mg/dl con relación al resultado anterior	Bun mayor de 20 mg/dl con relación al resultado anterior	FERRITINA: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Hb caida de 2 Gr/ dl o Hb Menor de 10 Mg/ dl	Hb caida de 2 gr/dl	DIMERO D: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
Transaminasas mayor a 1000 U/L	Plaquetas: menos de 75.000 x10^3/uL	Plaquetas: menos de 75.000 x10^3/ul	AST/ALT: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Leucocitos: menos de 20 000 x10^3/uL	Leucocitos: menos de 20 000 x10^3/ul	PLAQUETAS. Disminucion de los valores referencia o Disminución con relación al valor anterior
Hb caida de 2 gr/dl	Potasio menor de 3.5 y/o mayor de 5 meq/L	Potasio menor de 3.0 y/o mayor de 5 meq/L	LINFOCITOS. Disminucion de los valores referencia o Disminución con relación al valor anterior
	Magnesio menor de 1.5 mg/dL	Magnesio menor de 1.5 mg/dL	LEUCOCITOS. Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
Plaquetas: menos de 50 000 x10^3/uL		Fósforo menor de 2 mg/dL	HEMOGLOBINA. Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
	Fósforo menor de 2 mg/dL	Sodio mayor o igual a 160 meq/L y/o menor de 130 meq/L	HEMATOCRITO Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
		Peso aumento o perdida de 1 kg diario	
Plaquetas: menos de 75.000 x10^3/uL	Sodio mayor o igual a 145 meq/L y/o menor de 130 meq/L	Glicemia mayor o igual a 300 mg/dL y/o menor de 60 mg/dL	Cambios en el estado Neurologicos (Somnolencia o Letargia)
		Hematuria	

LÍQUIDOS ADMINISTRADOS / LÍQUIDOS ELIMINADOS

HORA	VÍA ORAL	EEV	NET	TPN	REPOSICIÓN	HEMODERIV	ORINA	DREN1___	DREN2___	SONDAS	OTROS	OSTOMIAS
7		70										
8	230	90	125									
9		70										
10	150	70										
11		70										
12	300	90										
TOTAL												
13		70										
14	150	70										
15		70										
16		70	125									
17		70										
18	290	70	75									
TOTAL												
19		70										
20		70										
21	100	75										
22		70					600					
23		70										
24		125										
1		70										
2		70										
3		70										
4		70					1200					
5	100	70										
6		70										
TOTAL	400	850					1800					
TOTAL 24 HRS												

Aumento en el burro

TOTAL DE LIQUIDOS

	ADM	ELIMIN	BALANC
M	2345		
T	7250		
N	12.50	1800	-550
24 HRS		/	

9249

Clínica Imbanaco
Grupo Quirónsalud

HOJA DE ALERTA TEMPRANA PACIENTE ADULTO

Tipo de Documento: Registro

Código: R-HOSP-094

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 1071326755 A os/Masculino
Tel 3212763348/AVENIDA 6 NORTE # 10 - 88

11211656

Serv HOSPITALIZACION
Ent.COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi:HABITACION 725 T

Acción:

En blanco	Continuar las observaciones según lo planeado
1 en rojo	Escalada [illegible] a Jefe y Medico [illegible]

Frecuencia y duración de las Observaciones

Fecha (DD/MM)		05	06	06/04	06/04								
Hora		05	16	20:00	14:00								
Peso al ingreso ____													
Temperatura	>= 39												
	38												
	>= 37.8												
	< 36	36.1	36.4	36.5	36.2								
Frecuencia cardiaca (lat x min)	120												
	>= 110												
	100												
	90												
	>= 81	76	74	82	62								
	60												
	< 50												
Frecuencia respiratoria (resp x min)	40												
	30												
	21												
		20	20	20	20								
	< =11												
TAS (mmHg)	> = 160												
	> = 140	1		146									
	120		119										
	100				112								
	< = 90												
TAD (mmHg)	> = 110												
	100												
	> =90												
	80	88	65	92									
	70				74								
	< =60												
	50												
SaO2	100												
	90	96	93	92	98								
	80												
	70												
	60												
Respuesta	Alerta	✓	✓	✓	✓								
	Al llamado												
	Al dolor												
	No responde												
Diuresis cc/kg/H	0 - 0.49												
	0.5 - 0.9												
	1 - 3.4												
	> = 3.5												
Dolor	0 - 1	0	0	0									
	2 - 3												
	> = 4												
Nombre legible del Responsable		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]								

Clínica Imbanaco
Grupo Quirónsalud

HOJA DE ALERTA TEMPRANA PACIENTE ADULTO

Página: 2/2
Código: R-HOSP- 094
Versión: 01
Fecha: Marzo 2021

El paciente ingresa al servicio de hospitalización con medicamentos inmunosupresores SI NO

Al llegar paciente al servicio de hospitalización la jefe debe dejar registro del control de liquidos que le realizaron en la UCI hasta el momento del traslado (dato entregado por la jefe de vel que comenta el paciente)

Total de liquidos administrados en UCI (EV, Via oral, sondas):	Total liquidos eliminados en UCI:	Gasto urinario en UCI:

ALARMAS

AVISAR: al médico tratante el aumento de valores con relación a resultados anteriores.

TRASPLANTADO HEPATICO	TRASPLANTADO DE CORAZON	TRASPLANTADO RENAL	SOSPECHA O DIAGNOSTICO DE SARS COV2
Bilirrubinas mayor 3 mg/dl	Creatinina aumento 0.5mg/dl con relación al resultado anterior	Creatinina aumento 0.5mg/dl con relación al resultado anterior	LDH. Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Bun mayor de 20 mg/dl con relación al resultado anterior	Bun mayor de 20 mg/dl con relación al resultado anterior	FERRITINA. Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Hb caida de 2 Gr/ dl o Hb Menor de 10 Mg/ dl	Hb caida de 2 gr/dl	DIMERO D- Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
Transaminasas mayor a 1000 U/L	Plaquetas: menos de 75.000 x10^3/uL	Plaquetas: menos de 75.000 x10^3/ul	AST/ALT- Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Leucocitos: menos de 20.000 x10^3/uL	Leucocitos: menos de 20.000 x10^3/ul	PLAQUETAS. Disminucion de los valores referencia o Disminución con relación al valor anterior
Hb caida de 2 gr/dl	Potasio menor de 3.5 y/o mayor de 5 meq/L	Potasio menor de 3.0 y/o mayor de 5 meq/L	LINFOCITOS: Disminucion de los valores referencia o Disminución con relación al valor anterior
	Magnesio menor de 1.5 mg/dL	Magnesio menor de 1.5 mg/dl	LEUCOCITOS: Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
Plaquetas: menos de 50.000 x10^3/uL		Fósforo menor de 2 mg/dL	HEMOGLOBINA: Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
	Pósforo menor de 2 mg/dl	Sodio mayor o igual a 160 meq/L y/o menor de 130 meq/L	HEMATOCRITO: Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
		Peso, aumento o perdida de 1 kg diario	
Plaquetas: menos de 75.000 x10^3/uL	Sodio mayor o igual a 145 meq/L y/o menor de 130 meq/L	Glicemia mayor o igual a 300 mg/dL y/o menor de 60 mg/dL	Cambios en el estado Neurologicos (Somnolencia o Letargia)
		Hematuria	

LÍQUIDOS ADMINISTRADOS

HORA	VÍA ORAL	EEV	NET	TPN	REPOSICIÓN	HEMODERIV
7		30				
8		30				
9		30				
10	120	30				
11	120	30				
12	240	30				
TOTAL		470				
13		30				
14		30				
15	140	30				
16	120	30				
17		30				
18	140	30				
TOTAL		420				
19						
20	120	NO				
21						
22		100	50			
23						
24		100	125.			
1						
2		140				
3						
4		140				
5						
6	120	140				
TOTAL	360	840	125			
TOTAL 24 HRS						

LÍQUIDOS ELIMINADOS

ORINA	DREN1___	DREN2___	SONDAS	OTROS	OSTOMIAS
300					
200					
1000					
1000					
2000					
3206.					

TOTAL DE LIQUIDOS

	ADM	ELIMIN	BALANC
M			
T	1931	600	+1331
N	1355	700	2000
24 HRS	3286.	1300	2000

G 0.15

F 2600.
g + 515.
g 1.18.

Clínica Imbanaco
Grupo Quirónsalud

HOJA DE ALERTA TEMPRANA PACIENTE ADULTO

Tipo de Documento:
Registro

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/55 A de/Masculino
Tel 3212763348/AVENIDA 6 NORTE # 10 - 98



11211656

Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 725 T

Acción:

En blanco	Continuar las observaciones según lo planeado
1 o más	Escalada inmediata a Jefe y Medico Hospitalario

Frecuencia y duración de las Observaciones

Fecha (DD/MM)		7.4.21	7.4.21	7-4-21	8-4-21	8-04						
Hora		8.AM	14h	20:00	21:00	04:00						
Peso al ingreso:												
Temperatura	>= 39											
	38											
	>= 37.8											
	< 36	36.2	36.1	36.5	36.5	36.5						
Frecuencia cardíaca (lat x min)	120											
	>= 110											
	100											
	90											
	>= 81	78	79	86	86							
	60											
	< 50											
Frecuencia respiratoria (resp x min)	40											
	30											
	21											
		16	19	28	20	20						
	<=11											
TAS (mmHg)	> = 160											
	> = 140											
	120					133						
		107										
	100			100								
	<= 90											
TAD (mmHg)	>= 110											
	100											
	> =90											
			82	86								
	80											
	70											
					65							
	<=60											
	50											
SatO2	100											
	90											
	80											
	70											
	60											
Respuesta	Alerta	✓	✓	✓	✓	✓						
	Al llamado											
	Al dolor											
	No responde											
Glasgow Coma Scale	0 - 0.49											
	0.5 - 0.9											
	1 - 3.4											
	> = 3.5											
Dolor	0 - 1	0	0	0	0	0						
	2 - 3											
	> = 4											
Ilegible del usuario		NAS	NAS	Andres	Andres	Andres						

Clínica Imbanaco
Grupo Quirónsalud

HOJA DE ALERTA TEMPRANA PACIENTE ADULTO

Código R-HOSP- 094
Versión: 01
Fecha: Marzo 2021

El paciente ingresa al servicio de hospitalización con *medicamentos* inmunosupresores SI NO

Al llegar paciente al servicio de hospitalización la jefe debe dejar registro del control de líquidos que le realizaron en la UCI hasta el momento del traslado (dato entregado por la jefe de uci que comenta el paciente)

Total de líquidos administrados en UCI (EV, Vía oral, sondas):	Total líquidos eliminados en UCI:	Gasto urinario en UCI:

ALARMAS

AVISAR: al médico tratante el aumento de valores con relación a resultados anteriores.

TRASPLANTADO HEPATICO	TRASPLANTADO DE CORAZON	TRASPLANTADO RENAL	SOSPECHA O DIAGNOSTICO DE SARS COV2
Bilirrubinas mayor 3 mg/dl	Creatinina aumento 0.5mg/dl con relación al resultado anterior	Creatinina aumento 0.5mg/dl con relación al resultado anterior	LDH: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Bun mayor de 20 mg/dl con relación al resultado anterior	Bun mayor de 20 mg/dl con relación al resultado anterior	FERRITINA: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Hb caida de 2 Gr/ dl o Hb Menor de 10 Mg/ dl	Hb caida de 2 gr/dl	DIMERO D: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
Transaminasas mayor a 1000 U/L	Plaquetas: menos de 75.000 x10A3/ul	Plaquetas: menos de 75.000 x10A3/ul	AST/ALT: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Leucocitos: menos de 20.000 x10A3/ul	Leucocitos: menos de 20.000 x10A3/ul	PLAQUETAS. Disminucion de los valores referencia o Disminución con relación al valor anterior
Hb caida de 2 gr/dl	Potasio menor de 3.5 y/o mayor de 5 meq/L	Potasio menos de 3.0 y/o mayor de 6 meq/L	LINFOCITOS: Disminucion de los valores referencia o Disminución con relación al valor anterior
	Magnesio menor de 1.5 mg/dL	Magnesio menor de 1.5 mg/dL	LEUCOCITOS. Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
Plaquetas: menos de 50.000 x10A3/ul		Fósforo menor de 2 mg/dL	HEMOGLOBINA. Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
	Fósforo menor de 2 mg/dL	Sodio mayor o igual a 160 meq/L y/o menor de 130 meq/L	HEMATOCRITO: Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
		Peso aumento o perdida de 1 kg diario	
Plaquetas: menos de 75.000 x10A3/ul	Sodio mayor o igual a 145 meq/L y/o menor de 130 meq/L	Glicemia mayor o igual a 350 mg/dL y/o menor de 60 mg/dL	Cambios en el estado Neurologicos (Somnolencia o Letargia)
		Hematuria	

LÍQUIDOS ADMINISTRADOS

HORA	VÍA ORAL	LIQ. ENT.	NBT	TPN	REPOSICIÓN	HEMODERIV
7		70				
8	MB	70	125			
9		70				
10	80	70				
11		70				
12		70				
TOTAL	730	420	125			
13		70				
14	80	70				
15	150	70				
16	250	70				
17		70				
18	460	70				
TOTAL	940	420				
19		70				
20	200	70				
21		70				
22		75				
23		70				
24		125				
1		70				
2		70				
3		70				
4		70				
5		70				
6	100	70				
TOTAL	300	1470				
TOTAL 24 HRS						

LÍQUIDOS ELIMINADOS

ORINA	DREN1___	DREN2___	SONDAS	OTROS	OSTOMIAS
400					
400					
700					
300					
1000					
200					
1500					

TOTAL DE LÍQUIDOS

	ADM	ELIMIN	BALANC
M	795	400	395+
T	1360	800	1160+
N	300	2100	-1800
24 HRS	2455	2700	-245

12/11 - B 1355+
A: 2155
G. 0.5 cc/kg/hr
E=600

Adm: 2455
Elimina 2700
B- 245
g: 2.6 gr/dl

Clínica Imbanaco
Grupo Quirónsalud

HOJA DE ALERTA TEMPRANA PACIENTE ADULTO

Tipo de Documento:
Registro

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719328/55 A os/Masculino
Tel 3212763148/AVENIDA 6 NORTE # 10 - 98

11211656

Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 725 T

Acción:

En blanco	Continuar las observaciones según lo planeado
Rojo	Escalada inmediata a Jefe y Médico Hospitalario

Frecuencia y duración de las Observaciones

Fecha (DD/MM)		06/01	06/01	6	7								
Hora		05	14	02	6								
Peso al Ingreso:													
Temperatura	>= 39												
	38												
	>= 37.8												
	< 36	36.0	35.5	36.2	36.4								
Frecuencia cardíaca (lat x min)	120												
	>= 110												
	100												
	90			91									
	>= 81	80	71		77								
	60												
	< 50												
Frecuencia respiratoria (resp x min)	40												
	30												
	21												
		20	20	20	20								
	<=11												
TAS (mmHg)	> = 160												
	> = 140	127		140									
	120		104										
	100												
	<= 90												
TAD (mmHg)	>= 110												
	100												
	>=90												
	80												
	70		60										
	<=60												
	50												
Sat2	100	97	97	100	96								
	90												
	80												
	70												
	60												
Respuesta	Alerta	V	V	V	V								
	Al llamado												
	Al dolor												
	No responde												
Diuresis cc/kg/H	0 - 0.49												
	0.5 - 0.9												
	1 - 3.4		V	V	V								
	> = 3.5	V											
Dolor	0 - 1	0	0	0	0								
	2 - 3												
	> = 4												
Nombre legible del Responsable		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]								

Clínica Imbanaco
Grupo Quirónsalud

HOJA DE ALERTA TEMPRANA PACIENTE ADULTO

Código: R-HOSP- 094
Versión: 01
Fecha: Marzo 2021

El paciente ingresa al servicio de hospitalización con medicamentos inmunosupresores SI NO

Al llegar paciente al servicio de hospitalización la jefe debe dejar registro del control de líquidos que le realizaron en la UCI hasta el momento del traslado (dato entregado por la jefe de uci que comenta el paciente)

Total de líquidos administrados en UCI (EV, Vía oral, sondas):	Total líquidos eliminados en UCI:	Gasto urinario en UCI:

ALARMAS

AVISAR: al médico tratante el aumento de valores con relación a resultados anteriores.

TRASPLANTADO HEPATICO	TRASPLANTADO DE CORAZON	TRASPLANTADO RENAL	SOSPECHA O DIAGNOSTICO DE SARS COV2
Bilirrubinas mayor 3 mg/dl	Creatinina aumento 0.5mg/dl con relación al resultado anterior	Creatinina aumento 0.5mg/dl con relación al resultado anterior	LDH: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Bun mayor de 20 mg/dl con relación al resultado anterior	Bun mayor de 20 mg/dl con relación al resultado anterior	FERRITINA: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Hb caída de 2 Gr/ dl o Hb Menor de 10 Mg/ dl	Hb caída de 2 gr/dl	DIMERO D: Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
Transaminasas mayor a 1000 U/L	Plaquetas: menos de 75.000 x10^3/uL	Plaquetas: menos de 75 000 x10^3/uL	AST/ALT. Aumento de los valores de referencia o Aumento con relación al valor anterior
	Leucocitos: menos de 20.000 x10^3/uL	Leucocitos: menos de 20.000 x10^3/uL	PLAQUETAS: Disminucion de los valores referencia o Disminución con relación al valor anterior
Hb caída de 2 gr/dl	Potasio menor de 3.5 y/o mayor de 5 meq/L	Potasio menor de 3.0 y/o mayor de 5 meq/L	LINFOCITOS. Disminucion de los valores referencia o Disminución con relación al valor anterior
	Magnesio menor de 1.5 mg/dL	Magnesio menor de 1.5 mg/dL	LEUCOCITOS. Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
Plaquetas: menos de 50.000 x10^3/uL		Fósforo menor de 2 mg/dL	HEMOGLOBINA: Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
	Fósforo menor de 2 mg/dL	Sodio mayor o igual a 160 meq/L y/o menor de 130 meq/L	HEMATOCRITO: Variabilidad de los valores de referencia o con relación al resultado anterior
		Peso: aumento o perdida de 1 kg diario	
Plaquetas: menos de 75.000 x10^3/uL	Sodio mayor o igual a 145 meq/L y/o menor de 130 meq/L	Glicemia mayor o igual a 300 mg/dL y/o menor de 60 mg/dL	Cambios en el estado Neurologicos (Somnolencia o Letargia)
		Hematuria	

LÍQUIDOS ADMINISTRADOS

HORA	VÍA ORAL	LEV	NET	TPN	REPOSICIÓN	HEMODERIV
7		70				
8	150	70/125				
9		70				
10	100	70				
11		70				
12	300	70				
TOTAL	550	645				
13		70				
14	210	70				
15		70				
16	210	70				
17		70	125			
18	500	70				
TOTAL	920	420	125			
19		70				
20	100	70				
21		70				
22	200	70				
23		70				
24		125				
1		70				
2	50	70				
3		70				
4		70				
5		70				
6		70				
TOTAL	350	965				
TOTAL 24 HRS						

LÍQUIDOS ELIMINADOS

ORINA	DREN___	DREN___	SONDAS	OTROS	OSTOMIAS
700					
300					
300					
250					
2000					
2250					

TOTAL DE LÍQUIDOS

	ADM	ELIMIN	BALANC
M	1095	700	395+
T	1465	300	1165
N	1315	2250	-935
24 HRS	3250	3250	600

92 kg ADM 2380
ELIM 1000
B: 1380

6:1.3

AD= 3250
E= 3250
B= 500
64 1.4

Clínica Imbanaco
Grupo Quirónsalud

LISTA DE CHEQUEO PARA EL INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES AL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Código: R-HOSP-014

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719226/55 A os/Masculino
Tel 3212763348/AVENIDA 8 NORTE # 10 - 88
11211656
Serv HOSPITALIZACION
Emt COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 725 T

Objetivo: Validar las condiciones de ingreso del paciente mediante la aplicación del cumplimiento de prácticas clínicas seguras en su atención hospitalaria y asegurar la educación al paciente y su familia.

FECHA: 06-04-21 HORA: 0500 HAB.: 725

No.	ITEMS DE VERIFICACIÓN EN EL RECIBO DEL PACIENTE	SI	NO	N/A
1	Recibo paciente correcto en la habitación asignada	✓		
2	Paciente tiene brazalete con datos de identificación correctos(Nombres y apellidos, así como número de identificación)	✓		
3	Paciente tiene sticker lila que identifica riesgo de caída	✓		
4	Paciente tiene sticker naranja que identifica alergias.	✓	✓	
5	Paciente tiene hoja de transferencia con identificadores correctos.	✓		
6	Paciente con signos vitales estables al ingreso a su hospitalización.	✓		
7	Paciente con órdenes médicas de hospitalización registradas en la historia clínica.	✓		
8	Paciente con consentimiento informado firmado correctamente diligenciado	✓		
9	Cuando el paciente toma medicamentos en casa, se deja registrado en Kardex la conciliación medicamentosa que el medico autorice.		✓	
10	Paciente con punción venosa permeable.	✓		
11	Paciente presenta signos de flebitis en la punción venosa		✓	
12	Paciente presenta piel íntegra	✓		
13	Si ingresa materna con recién nacido, reviso en el Recién Nacido: Actividad, color de piel, estado del ombligo y estado del pañal.			✓

EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA

La siguiente información y educación que va a recibir le gustaría que fuera: **(L)** Específica (Detallada) o de manera **(H)** General. Además aprendería más si fuera
(A)- Escuchada (**V**)- Leída (**K**)- Explicada

	Se realizó entrega y educación SOBRE:	SI	NO	N/A	VAL.	R
1	Inventario de la habitación y se le explica al paciente, familiar y/o acompañante el uso de llamado de enfermería, teléfono, TV, cama hospitalaria, aire acondicionado y control remoto	✓				
2	Manejo del cajón de seguridad de la habitación, dando las indicaciones.	✓				
3	**a)** El uso permanente **(SIEMPRE)** de la manilla de identificación durante la estancia hospitalaria del paciente **b)** La importancia de que el personal deberá realizarse **SIEMPRE** Higiene de manos antes de la atención del paciente. **c)** El cumplimiento de los Derechos y deberes del paciente y se entrega folleto educativo. **d)** El Plan de Evacuación y emergencias y se entrega folleto educativo. **e)** La clasificación correcta de residuos (Recipiente: Gris-rojo-verde) y se entrega folleto educativo. **f)** El sistema para dejar una queja y/o sugerencia de la atención. **g)** La Guía Hospitalaria y el uso durante su estancia. **h)** El registró en la nota de enfermería de la información, educación realizada y manejo oportuno del dolor.	✓				
	En casos de requerirlo se entrega y/o brinda educación sobre:					
4	Folleto y sensibilización de cuidados de la madre en el postquirúrgico			✓		
5	Folleto y sensibilización de la lactancia materna			✓		
6	Folleto y sensibilización de cuidados en el RN			✓		
7	Caso de requerir llevar al RN a algún procedimiento por fuera de la habitación **siempre debe ir acompañado de un familiar.**			✓		
	Val.: Validación a través de mencionar los ítems en forma de pregunta, con un puntaje de (1) si se responde de manera adecuada y (0) si no se responde **R:** Refuerzo. *La educación se reforzará después del 5to día de estancia. Si uno de los ítems dio como resultado cero (0), se, deberá efectuar refuerzo inmediatamente.*		**TOTAL**			

Yo, DSA identificado con la cédula de ciudadanía _____, recibí la educación antes mencionada, verificando mi comprensión con preguntas frente a cada tema y autorizo al equipo de salud del Centro Médico Imbanaco a brindar información sobre mi estado clínico a Silvana, parentesco hermana y a _____, parentesco _____, números de contacto 3212763319.

Firma del paciente y/o familiar responsable: DSA

Nombre del personal de enfermería que recibe el paciente: Cynthia

Clínica Imbanaco Grupo Quirónsalud	LISTA DE CHEQUEO PARA EL INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES AL PROCESO DE HOSPITALIZACION	Página: 2 de 2 Código: R-HOSP-014 Versión: 5 Fecha: Julio 2020

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 18719326/58 A os/Roseline
Tel 3212783349/AVENIDA 6 NORTE # 10 - 99
11211656
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 726 T

FECHA: 3-4-21 HORA: 10:00 HAB.: 726

No.	ACTIVIDADES AL EGRESO DEL PACIENTE	SI	NO	N/A
1	Reviso orden de salida, Formula médica e incapacidad firmada por el médico tratante, así como diligenciamiento de la encuesta de satisfacción al usuario.	✓		
2	Explico a pacientes y/o acompañante tramites de egreso.	✓		
3	Entrego ayudas diagnósticas y autorizaciones que se requieren para el egreso dejando Evidencia de recibido.	✓		
4	Entrego formula médica con la correspondiente explicación de la administración de medicamentos en casa a paciente y/o acompañante dejando evidencia con firma de recibido.	✓		
5	Brindo educación a paciente y/o acompañante sobre, cuidados en casa, alimentación, signos de alarma, dejando evidencia en Historia Clínica de enfermería (nota de educación).	✓		
6	Brindo educación a paciente y/o acompañante sobre cuidados y manejo de sondas, ostomia, heridas, catéter central, dejando evidencia en Historia Clínica, la nota de educación por el personal a cargo (Terapia Enterostomal y/o Enfermería).	✓		
7	Se entrega impreso nota de PLAN DE CUIDADOS POST- HOSPITALARIOS	✓		
8	Realizo retiro de catéter venoso periférico, sondas, según orden médica.	✓		
9	Recibo inventario de habitación, verifico que no queden pertenencias del paciente, solicito firma de recibo de habitación con nombre legible y fecha.			
10	Realizo nota de enfermería de egreso en Historia Clínica Sistematizada, indicando estado clínico del Paciente al salir del servicio.	✓		
11	Verifico entrega de llave de cajón de seguridad	✓		

OBSERVACIONES

Paciente egresa con Hospital en Casa SI NO X

Yo,_____identificado con cédula número:_____, recibí formula médica con las explicaciones correspondientes por parte del profesional de Salud
Firma _____

FIRMA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA _____

Clínica Imbanaco grupo Quirónsalud

LISTA DE CHEQUEO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Pagina. 1	
Codigo R-HOSP-086	
Versión. 1	
Fecha. Julio 2020	

Esta valoración nos permite conocer y acércanos aún más a nuestros pacientes, y así poder brindar una atención segura y de excelencia.

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719326/58 A os/Masculino
Tel 3212763349/AVENIDA B NORTE # 10 - 98
11211656
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 725 T

Marque con una X el cumplimiento de los siguientes ítems al momento de la administración de medicamentos.		Fecha:						Fecha:						Fecha:					
		C			NC			C			NC			C			NC		
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
1	El auxiliar de medicamentos se identifica por el nombre y la actividad a realizar.	✓			✓			✓						✓			✓		
2	Se Verifica con el paciente y/o familia a las **8- 14 y 20 horas** Los dos identificadores del paciente: Indagando a usted como paciente y o familiar, nombre completo y número de identificación.	✓			✓			✓						✓			✓		
3	Me preguntan sobre mis alergias a las **8 - 14 y 20 horas**, rectificando estas en la manilla de identificación y en el tablero de la cabecera que contiene mi nombre	✓			✓			✓						✓			✓		
4	Cada vez que me van a administrar un medicamento, la auxiliar me informa nombre del medicamento, para que sirve y los posibles efectos secundarios	✓			✓			✓						✓			✓		
5	Una vez preparado el medicamento, El personal de enfermería realiza doble chequeo con el paciente y/o familia. (revisión del rotulo , el cual contiene mi nombre completo y número de identificación, así como el medicamento a administrar, fecha - hora de inicio y fecha - hora de finalización)	✓			✓			✓						✓			✓		
6	En el momento de la administración de un medicamento por vía oral se me explica que medicamento se va administrar, para que sirve, dosis que va administrar y los posibles efectos secundarios.	✓			✓			✓						✓			✓		
7	Cada vez que me van a administrar un medicamento, el auxiliar de enfermería pasa el lector del computador por mi manilla de identificación.				✓			✓									✓		✓
	Nombre completo del Auxiliar de Enfermería de Asignación de Medicamentos																		
	Firma del familiar y/o acompañante con quien se verifica el cumplimiento de los ítems antes mencionados																		

Clínica Imbanaco grupo Quirónsalud	**LISTA DE CHEQUEO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**	Pagina: 1 Codigo R-HOSP-036 Version 1 Fecha Julio 2020

Esta valoración nos permite conocer y acércanos aún más a nuestros pacientes, y así poder brindar una atención segura y de excelencia.

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16716326/55 A os/Masculino
Tel 3212783348/AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 725 T
11211656

Marque con una X el cumplimiento de los siguientes ítems al momento de la administración de medicamentos.		Fecha:						Fecha:						Fecha:					
		C			NC			C			NC			C			NC		
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
1	El auxiliar de medicamentos se identifica por el nombre y la actividad a realizar.																		
2	Se Verifica con el paciente y/o familia a las **8- 14 y 20 horas** Los dos identificadores del paciente: Indagando a usted como paciente y o familiar, nombre completo y número de identificación.																		
3	Me preguntan sobre mis alergias a las **8 - 14 y 20 horas**, rectificando estas en la manilla de identificación y en el tablero de la cabecera que contiene mi nombre																		
4	Cada vez que me van a administrar un medicamento, la auxiliar me informa nombre del medicamento, para que sirve y los posibles efectos secundarios																		
5	Una vez preparado el medicamento, El personal de enfermería realiza doble chequeo con el paciente y/o familia. (revisión del rotulo , el cual contiene mi nombre completo y número de identificación, así como el medicamento a administrar, fecha - hora de inicio y fecha - hora de finalización)																		
6	En el momento de la administración de un medicamento por vía oral se me explica que medicamento se va administrar, para que sirve, dosis que va administrar y los posibles efectos secundarios.																		
7	Cada vez que me van a administrar un medicamento, el auxiliar de enfermería pasa el lector del computador por mi manilla de identificación.																		
	Nombre completo del Auxiliar de Enfermería de Asignación de Medicamentos																		
	Firma del familiar y/o acompañante con quien se verifica el cumplimiento de los ítems antes mencionados																		

Clínica Imbanaco de Valencia	**LISTA DE CHEQUEO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**	Pagina: 1
		Codigo: R-HOSP-088
		Versión: 1
		Fecha: Julio 2020

Esta valoración nos permite conocer y acercanos aun más a nuestros pacientes, y asi poder brindar una atención segura y de excelencia .

AN CARLO
:APPARRATA VALENCIA
C 16716328/88 A os/Masculino
#1 3212783348/AVENIDA 8 NORTE # 16 - 98
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan:PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Uni HABITACION 726 T
11211656

	Marque con una X el cumplimiento de los siguientes items al momento de la administracion de medicamentos.	Fecha:						Fecha:						Fecha:					
		C			NC			C			NC			C			NC		
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
1	El auxiliar de medicamentos se identifica por el nombre y la actividad a realizar.	✓				✓													
2	Se Verifica con el paciente y/o familia a las **8- 14 y 20 horas** Los dos identificadores del paciente: Indagando a usted como paciente y o familiar, nombre completo y número de identificación.	✓				✓													
3	Me preguntan sobre mis alergias a las **8 - 14 y 20 horas**, rectificando estas en la manilla de identificación y en el tablero de la cabecera que contiene mi nombre	✓				✓													
4	Cada vez que me van a administrar un medicamento, la auxiliar me informa nombre del medicamento, para que sirve y los posibles efectos secundarios	✓				✓													
5	Una vez preparado el medicamento , El personal de enfermeria realiza doble chequeo con el paciente y/o familia . (revisión del rotulo , el cual contiene mi nombre completo y numero de identificación, asi como el medicamento a administrar, fecha - hora de Inicio y fecha - hora de finalización)	✓				✓													
6	En el momento de la administración de un medicamento por via oral se me explica que medicamento se va administrar , para que sirve, dosis que va administrar y los posibles efectos secundarios.	✓				✓													
7	Cada vez que me van a administrar un medicamento, el auxiliar de enfermeria pasa el lector del computador por mi manilla de identificación.	✓						✓											
	Nombre completo del Auxiliar de Enfermeria de Asignación de Medicamentos																		
	Firma del familiar y/o acompañante con quien se verifica el cumplimiento de los items antes mencionados																		

Clínica Imbanaco	LISTA DE CHEQUEO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	Pagina. 1
		Codigo R-HOSP-058
		Versión 1
		Fecha Julio 2020

Esta valoración nos permite conocer y acercanos aun más a nuestros pacientes, y asi poder brindar una atención segura y de excelencia .

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 19719328/58 A os/Masculino
Tel 3212763348/AVENIDA 8 NORTE a 10 - 58
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 725 T
11211656

Marque con una X el cumplimiento de los siguientes items al momento de la administracion de medicamentos.		Fecha:						Fecha:						Fecha:					
		C			NC			C			NC			C			NC		
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
1	El auxiliar de medicamentos se identifica por el nombre y la actividad a realizar.																		
2	Se Verifica con el paciente y/o familia a las **8- 14 y 20 horas** Los dos identificadores del paciente: Indagando a usted como paciente y o familiar, nombre completo y número de identificación.																		
3	Me preguntan sobre mis alergias a **las 8 - 14 y 20 horas**, rectificando estas en la manilla de identificación y en el tablero de la cabecera que contiene mi nombre																		
4	Cada vez que me van a administrar un medicamento, la auxiliar me informa nombre del medicamento, para que sirve y los posibles efectos secundarios																		
5	Una vez preparado el medicamento , El personal de enfermeria realiza doble chequeo con el paciente y/o familia . (revisión del rotulo , el cual contiene mi nombre completo y numero de identificación, asi como el medicamento a administrar, fecha - hora de inicio y fecha - hora de finalización)																		
6	En el momento de la administración de un medicamento por via oral se me explica que medicamento se va administrar , para que sirve, dosis que va administrar y los posibles efectos secundarios																		
7	Cada vez que me van a administrar un medicamento, el auxiliar de enfermería pasa el lector del computador por mi manilla de identificación.																		
Nombre completo del Auxiliar de Enfermeria de Asignación de Medicamentos																			
Firma del familiar y/o acompañante con quien se verifica el cumplimiento de los items antes mencionados																			

Centro Médico Imbanaco Vocación de Servicio	**VALORACIÓN RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE Y MEDIDAS PREVENTIVAS**	**Página:** 1/2 **Código:** R-HOSP-012 **Versión No:** 5 **Fecha:** Enero 2020

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719328/55 A os/Masculino
Tel 3212763248/AVENIDA 6 NORTE # 10 - 98
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 725 T
11211656

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE: 06-04-21

Procedimiento:

1. Evaluar los criterios clínicos en el ingreso del paciente y diariamente en el turno de la mañana en el momento de la toma de signos vitales, dejando evidencia en Historia Clínica, diligenciando la escala de **Downton** del SIAM.

2. Aplicar las medidas preventivas diariamente en los pacientes que presenten RIESGO DE CAIDA.

APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA	1° Día	2° Día	3° Día	4° Día	5° Día	6° Día	7° Día
SEMANA 1. FECHA:	06-04	07	08	09	10	11	12
1. El paciente tiene colocado el Sticker **LILA** en la manilla de identificación que alerta sobre el riesgo de caída del paciente y se realiza educación al paciente y familia sobre el **significado del Sticker LILA.**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermería cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama. (Debe ser con movilización asistida).	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. Se mantienen las barandas de la cama **SIEMPRE ARRIBA** y se educa al paciente para que no baje las barandas y use el timbre de llamado de enfermería cuando requiera movilizarse.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. Acompañar el paciente **SIEMPRE** al baño. Si el paciente no lo permite *(por el respeto a sus derechos y a su privacidad)* no dejarlo solo hasta asegurarse de que está bien sujeto a los soportes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6. Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando necesite levantarse y que solo la auxiliar de enfermería puede bajar las barandas de la cama.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7. Se informa a la familia que el paciente debe permanecer con un (1) acompañante **PERMANENTEMENTE.**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8. Se informa al paciente y su familia sobre la importancia del auto cuidado del paciente y seguir las medidas preventivas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CUIDADOS:	Jazyo	Nicol	Jhon	Yuliana	Yuliana	Angie	Angie
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:	PSA	PSA	PSA	PSA	PSA	PSA	PSA

Centro Médico Imbanaco Vocación de Servicio	VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE Y MEDIDAS PREVENTIVAS	**Página:** 2/2 **Código:** R-HOSP-012 **Versión No:** 5 **Fecha:** Enero 2020

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719336/55 A de/Masculino
Tel 3212763349/AVENIDA 8 NORTE # 10 - 98
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 725 T
11211656

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE: 06-04-21

Procedimiento:

1. . Evaluar los criterios clínicos en el ingreso del paciente y diariamente en el turno de la mañana en el momento de la toma de signos vitales, dejando evidencia en Historia Clínica, diligenciando la escala de **Downton** del SIAM.

2. Aplicar las medidas preventivas diariamente en los pacientes que presenten RIESGO DE CAIDA.

APLICAR ESTAS MEDIDAS PREVENTIVAS DIARIAMENTE EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE CAÍDA	8° Día	9° Día	10° Día	11° Día	12° Día	13° Día	14 Día
SEMANA 2. FECHA:							
1. El paciente tiene colocado el Sticker **LILA** en la manilla de identificación que alerta sobre el riesgo de caída del paciente y se realiza educación al paciente y familia sobre el **significado del Sticker LILA.**							
2. Se solicita al paciente y familia/acompañante que siempre informen a las auxiliares de enfermería cuando el paciente se va a movilizar fuera de la cama. (Debe ser con movilización asistida).							
3. Se mantienen las barandas de la cama **SIEMPRE ARRIBA** y se educa al paciente para que no baje las barandas y use el timbre de llamado de enfermería cuando requiera movilizarse.							
4. Se mantiene la altura de la cama en el nivel más bajo.							
5. Acompañar el paciente **SIEMPRE** al baño. Si el paciente no lo permite *(por el respeto a sus derechos y a su privacidad)* no dejarlo solo hasta asegurarse de que está bien sujeto a los soportes.							
6. Se informa al paciente la importancia del uso del timbre cuando necesite levantarse y que solo la auxiliar de enfermería puede bajar las barandas de la cama.							
7. Se informa a la familia que el paciente debe permanecer con un (1) acompañante **PERMANENTEMENTE.**							
8. Se informa al paciente y su familia sobre la importancia del auto cuidado del paciente y seguir las medidas preventivas.							
NOMBRE DE AUX. ENFERMERÍA QUE APLICA LOS CUIDADOS:							
FIRMA DEL ACOMPAÑANTE QUE RECIBE LA EDUCACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS:							

Clínica Imbanaco
Grupo Quirón Salud

VALORACIÓN DE RIESGO DE FLEBITIS Y MEDIDAS PREVENTIVAS

Página: 1/1	
Código: R-GCL-148	
Versión: 09	
Fecha: Junio/2019	

Servicio: Hospitalización
Fecha de ingreso: 06-01-21

JAN CARLO
ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16716326/55 A os/Masculino
Tel 3212763349/AVENIDA 6 NORTE # 10 - 88
Serv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 725 T
11211656

Evaluar los criterios clínicos durante estadía del paciente, en cada turno

VALORACIÓN DEL RIESGO DE FLEBITIS
Si el paciente requiere acceso venoso realice la siguiente valoración
Cuide de no dejar espacios en blanco. Su respuesta debe ser SI o NO

Fecha: 06-01-21

	SI	NO
1. CONDICIONES ASOCIADAS AL PACIENTE		
a. Edad : Edades extremas de la vida (≤ 3 años o ≥ 65 años).	✓	
b. Estado nutricional : Obesidad y/o Sobrepeso - Deshidratación		✓
c. Estado de la piel en el sitio de venopunción: Presencia de hematomas y/o edemas, piel tensa, frágil, diaforesis, multipunciones, lesiones, quemaduras		✓
d. Comorbilidades: Diabetes, Enfermedad Vascular Periférica, Alteraciones de la Coagulación, Amputación completa de miembros(s) superior(es), Vaciamiento ganglionar		✓
e. Estado de la conciencia: Demencia , Estado Confusional , Paciente Agitado, Sedado, Estuporoso.		✓
2. CONDICIONES ASOCIADAS A TERAPIA ENDOVENOSA		
En el tratamiento hay medicamentos flebíticos (Ver Listado Oficial)	✓	✓
El paciente requiere la infusión de altos volúmenes - velocidades de infusión ≥ 90mL / hora		✓
El paciente se encuentra recibiendo actualmente tratamiento con quimioterapia		✓
3. CONDICIONES ASOCIADAS AL SITIO DE VENOPUNCION.		
Zona anatómica de flexión no recomendada (muñeca, fosa anticubital, pliegues, yugular)		✓

Si el paciente cumple con uno o más de los ítems anteriormente descritos, **ACTIVE el Protocolo para Riesgo de Flebitis :**
Coloque el **AVISO VERDE** en la **placa continua** a la cama del paciente, rotule con **STICKER VERDE** la manzla del **medicamento flebítico**
Del mismo modo coloque el **ADHESIVO VERDE** en la **manilla de identificación del paciente.**

Aplicar estas Medidas Preventivas por turno, en los pacientes con Riesgo de Flebitis	Fecha: 06/01/21			Fecha: 07			Fecha: 08			Fecha: 09		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Realice **SEGUIMIENTO CONTINUO AL ACCESO VENOSO Y SITIO DE INSERCIÓN** e identifique que esté en óptimas condiciones (permeabilidad del catéter, piel, inmovilización y equipo).	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
APLIQUE ESCALA VISUAL de valoración de flebitis: **Escala de MADDOX**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
IDENTIFIQUE con el **COLOR VERDE** el riesgo de flebitis en la manilla del paciente y en la placa continua a la cama	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
REALICE IRRIGACIÓN DEL CATÉTER antes y después de la administración de medicamentos y trasfusiones.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BRINDE EDUCACIÓN AL PACIENTE sobre los cuidados del catéter, el significado de los identificadores de riesgo y los signos de alarma asociados a flebitis, solicitándole especialmente que ante la presencia de cualquier signo, se informe inmediatamente al personal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Para inicio de **QUIMIOTERAPIA** o paso de **HEMODERIVADOS**, use un **ACCESO VENOSO EXCLUSIVO DE GRAN CALIBRE.**	X	X	X	—	—	—	—	—	X	✓	✓	✓
Realice notas **CLARAS, COMPLETAS y OPORTUNAS** describiendo el manejo de los accesos venosos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ante el riesgo inminente de FLEBITIS, se **SUGIERE AL MÉDICO DE TURNO LA NECESIDAD DE UN ACCESO DE LÍNEA MEDIA O UN CATÉTER CENTRAL**, dejando evidencia de las notas de enfermería	X	X	X	—	—	—	—	—	X	✓	✓	✓
Nombre del colaborador que aplica las medidas preventivas	Jorge	Jorge	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon
Nombre del familiar y/o acompañante que recibe la educación y cumplimiento de medidas preventivas	PSA	PSA	PSA	PSA	PSA	PSA	PSA	PSA	PSA	PSA	PSA	PSA

Observaciones :

Clinica Imbanaco

VALORACIÓN DE RIESGO DE FLEBITIS Y MEDIDAS PREVENTIVAS

Página: 1/1	
Código: E-GCL-168	
Versión: 01	
Fecha: Junio/2018	

Servicio: Hospitalización 7.
Fecha de Ingreso : 06-04-21

JAN CARLO ZAPPARRATA VALENCIA
CC 16719328/55 A os/Masculino
Tel 3212763349/AVENIDA 6 NORTE # 10 - 98
Srv HOSPITALIZACION
Ent COOMEVA MEDICINA
Plan PROGRAMA ORO
NroEstudio 0
Ubi HABITACION 728 T
11211656

Evaluar los criterios clínicos durante estadía del paciente, en cada turno

VALORACIÓN DEL RIESGO DE FLEBITIS
Si el paciente requiere acceso venoso realice la siguiente valoración
Cuide de no dejar espacios en blanco. Su respuesta debe ser SI o NO

Fecha

	SI	NO
1. CONDICIONES ASOCIADAS AL PACIENTE		
a. Edad : Edades extremas de la vida (≤3 años o ≥ 65 años).		
b. Estado nutricional : Obesidad y/o Sobrepeso - Deshidratación		
c. Estado de la piel en el sitio de venopunción: Presencia de hematomas y/o edemas, piel tensa, frágil, diaforesis, multipunciones, lesiones, quemaduras		
d. Comorbilidades: Diabetes, Enfermedad Vascular Periférica, Alteraciones de la Coagulación, Amputación completa de miembros(s) superior(es), Vaciamiento ganglionar.		
e. Estado de la conciencia: Demencia , Estado Confusional , Paciente Agitado, Sedado, Estuporoso.		
2. CONDICIONES ASOCIADAS A TERAPIA ENDOVENOSA		
En el tratamiento hay medicamentos flebíticos (Ver Listado Oficial)		
El paciente requiere la infusión de altos volúmenes - velocidades de infusión ≥ 90mL / hora		
El paciente se encuentra recibiendo actualmente tratamiento con quimioterapia		
3. CONDICIONES ASOCIADAS AL SITIO DE VENOPUNCION.		
Zona anatómica de flexión no recomendada (muñeca, fosa anticubital, pliegues, yugular)		

Si el paciente cumple con uno o más de los ítems anteriormente descritos, **ACTIVE el Protocolo para Riesgo de Flebitis :**
Coloque el **AVISO VERDE** en la **placa continua** a la cama del paciente, rotule con **STICKER VERDE** la mezcla del **medicamento flebítico.**
Del mismo modo coloque el **ADHESIVO VERDE** en la **manilla de identificación del paciente.**

Aplicar estas Medidas Preventivas por turno, en los pacientes con Riesgo de Flebitis	Fecha 10-04-21			Fecha 11-04-21			Fecha 12-04-21			Fecha		
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Realice **SEGUIMIENTO CONTINUO AL ACCESO VENOSO Y SITIO DE INSERCIÓN** e identifique que esté en óptimas condiciones (permeabilidad del catéter, piel, inmovilización y equipo).	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
APLIQUE ESCALA VISUAL de valoración de flebitis **Escala de MADDOX**	0	0	0	0	0	0	0	0	—			
IDENTIFIQUE con el **COLOR VERDE** el riesgo de flebitis en la manilla del paciente y en la placa continua a la cama	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
REALICE IRRIGACIÓN DEL CATÉTER antes y después de la administración de medicamentos y trasfusiones	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
BRINDE EDUCACIÓN AL PACIENTE sobre los cuidados del catéter, el significado de los identificadores de riesgo y los signos de alarma asociados a flebitis, solicitándole especialmente que ante la presencia de cualquier signo, se informe inmediatamente al personal	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Para inicio de **QUIMIOTERAPIA** o paso de **HEMODERIVADOS**, use un **ACCESO VENOSO EXCLUSIVO DE GRAN CALIBRE.**	✓			✓	✓	✓	✓	✓	—			
Realice notas **CLARAS, COMPLETAS y OPORTUNAS** describiendo el manejo de los accesos venosos	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Ante el riesgo inminente de FLEBITIS, se **SUGIERE AL MÉDICO DE TURNO LA NECESIDAD DE UN ACCESO DE LÍNEA MEDIA O UN CATÉTER CENTRAL**, dejando evidencia de las notas de enfermería	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	—			
Nombre del colaborador que aplica las medidas preventivas												
Nombre del familiar y/o acompañante que recibe la educación y cumplimiento de medidas preventivas												

Observaciones :

INFORME DE RESULTADOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Paciente		Solicitante		Muestra	
Nombre	**ZAPPARRATA VALENCIA, JAN CARLO**	**Entidad**	COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A.	**Nº estudio**	**Q-180017389**
Sexo	M	**Centro**	CENTRO MÉDICO IMBANACO	**Nº petición**	SIAM 102705802018
Edad	53	**Médico**	CASAS CASTILLO GERARDO	**Obtención**	27/10/2018
ID	**CC16719326**	**Servicio**	CIRUGIA	**Registro**	29/10/2018
Obs:	FAC LP2 992747573				

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

INFORME MACROSCÓPICO

En un frasco con formalina, rotulado con el nombre del paciente, marcado como "Disco L5-S1", se reciben múltiples fragmentos tisulares, el mayor de 1x 0.5 x 0.4 cm. Externamente son pardos, irregulares y firmes con esquirlas óseas. Se procesan cortes representativos en 1 canastilla, previa decalcificación.

Validado por: Dra. MARCELA BOTERO MUÑOZ (MB)

INFORME MICROSCÓPICO

Se identifica cartilago maduro con cambios en la afinidad tintorial, fibrosis y calcificaciones. Tambien se aprecian fragmentos de hueso medular.

DIAGNÓSTICO

DISCO INTERVERTEBRAL L5-S1 - DISCECTOMIA:
CAMBIOS DEGENERATIVOS

Codificación CIE-10: *M51.3 - OTRAS DEGENERACIONES ESPECIFICADAS DEL DISCO INTERVERTEBRAL*

Dra. Consuelo Santamaría Herrera
Especialista en Patología.

Informe firmado con el software de gestión de procesos de Anatomía patológica **GestPath** con proceso de firma securizado.

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCIÓN No. 2014028635 DE 5 de Septiembre de 2014
Por la cual se concede LA RENOVACIÓN de un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

ANTECEDENTES

Que mediante Resolución No. 2004017668 del 21/09/2004 el INVIMA concedió Registro Sanitario No. INVIMA 2004V-0002851 para el producto MASILLA DE HUESO DESMINERALIZADO WRIGHT VARIEDAD: ALLONMATRIX, a favor de WRIGHT MEDICAL TECHNOLOGY INC con domicilio eN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, en la modalidad de IMPORTAR Y VENDER,.

Que mediante Resolución No. 2004018907 del 07/10/2004 el INVIMA autorizó coerción de la Resolución EN CUANTO AL NOMBRE DEL PRODUCTO.

Que mediante Resolución No. 2006019282 del 28/08/2006 el INVIMA autorizó como importador adicional A: IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPÉDICOS S. A. con domicilio en BOGOTA D. C.

Que mediante Radicado No. 2014047087 de fecha 23 de Abril de 2014, la Doctora RUBIELA ARIAS DE FAJARDO actuando en calidad de Apoderada de la Sociedad WRIGTH MEDICAL TECHNOLOGY INC., solicita al INVIMA RENOVACIÓN del Registro Sanitario para el producto RELLENO OSEO ALLOMATRIX® en la modalidad de IMPORTAR Y VENDER.

Que mediante Auto No. 2014006931 de fecha 28 de Julio de 2014, el INVIMA solicitó al interesado que debe cumplir con los siguientes requerimientos:

"1. Allegar corregida la información sobre el producto, mencionado en el folio 43, toda vez que refieren la no responsabilidad de parte del fabricante por el producto, de acuerdo al Artículo 64. del Decreto 4725 de 2005 "Responsabilidad. Los titulares, fabricantes, importadores y comercializadores, o quien tenga dispositivos médicos, serán responsables de la veracidad de la información que le suministren tanto al público en general como a las entidades de control, así como del cumplimiento de las normas sanitarias. Los efectos adversos que sobre la salud individual o colectiva pueda experimentar la población usuaria de los dispositivos médicos, por trasgresión de las normas y/o condiciones establecidas, será responsabilidad de los titulares, fabricantes, importadores y comercializadores"

2. Allegar los estudios de estabilidad que soporten la vida útil declarada 5 años, en cumplimiento de lo descrito en el literal d) del articulo 18 del Decreto 4725 de 2005, con traducción al español".

Que mediante Radicado No. 2014100319 de fecha 12 de Agosto de 2014, la Doctora RUBIELA ARIAS DE FAJARDO actuando en calidad de Apoderada de la Sociedad WRIGTH MEDICAL TECHNOLOGY INC., dio respuesta a los requerimientos en todos sus puntos.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Que una vez revisada la respuesta al Auto No. 2014006931 se pudo evidenciar que allegaron toda la información solicitada en los puntos del requerimiento de manera correcta.

Que el interesado allegó la respectiva documentación técnico – legal para acceder a la renovación del mencionado registro y en consecuencia, EL DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS ,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO. Renovar REGISTRO SANITARIO por el término de 10 años al

PRODUCTO:	RELLENO OSEO ALLOMATRIX ® - MASILLA PARA SUSTITUTO RELLENO OSEO - WRIGTH MEDICAL TECNOLOGY INC.
REGISTRO SANITARIO No.:	INVIMA 2014DM-0002851-R1 **VIGENTE HASTA:** 01 OCT 2024
TIPO DE REGISTRO:	IMPORTAR Y VENDER
TITULAR(ES):	WRIGHT MEDICAL TECHNOLOGY INC con domicilio en ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D N.° 17-11/21
PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCIÓN No. 2014028635 DE 5 de Septiembre de 2014
Por la cual se concede LA RENOVACIÓN de un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

FABRICANTE(S):	WRIGHT MEDICAL TECHNOLOGY INC con domicilio en ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
IMPORTADOR(ES):	IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS S.A. (ISO S.A.) con domicilio en BOGOTA - D.C.
ACONDICIONADOR(ES):	IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS S.A. (ISO S.A.) con domicilio en BOGOTA - D.C.
TIPO DE DISPOSITIVO	INVASIVO QUIRURGICO
RIESGO:	III
COMPOSICIÓN:	SOLUCION PARA MEZCLAR, ESPATULA, BOWL PARA PREPARACION DE MEZCLA, (POLVO/MATRIZ/GRÁNULOS), APLICADOR COMPOSICION: POLVO DE HEMIHIDRATO DE CASO4, CARBOXIMETILCELULOSA, MATRIZ OSEA HUMANA DESMINERALIZADA, MATRIZ ÓSEA DE HUESO ESPONJOSO, GRANULOS DE FOSFATO TRICALCICO RELLENO CASO4.
USOS:	LOS PRODUCTOS ALLOMATRIX ESTAN INDICADOS PARA RELLENAR VACIOS O HUECOS ÓSEOS NO INTRINSECOS A LA ESTABILIDAD DE LA ESTRUCTURA ÓSEA. LOS PRODUCTOS ALLOMATRIX ESTAN INDICADOS PARA RELLENAR SUAVEMENTE CAVIDADES O VACIOS OSEOS DEL SISTEMA ESQUELÉTICO (ES DECIR, LAS EXTREMIDADES Y LA PELVIS). ESTOS DEFECTOS PUEDEN DEBERSE A DEFECTOS ÓSEOS CREADOS POR LA CIRUGÍA O A DEFECTOS OSEOS CREADOS POR LESIONES TRAUMATICAS EN EL HUESO. EL PRODUCTO SE PRESENTA CON UNA CANTIDAD PREDETERMINADA DE POLVO Y GRANULOS DE CBM, UNA SOLUCIÓN DE MEZCLA PREDETERMINADA Y LAS HERRAMIENTAS NECESARIAS PAR ALA MEZCLA DE LOS COMPONENTES. UNA VEZ HIDRATADO EL POLVO USANDO TODA LA SOLUCIÓN DE MEZCLA SUMINISTRADA, LA MASILLA RESULTANTE PUEDE SER MANIPULADA Y COLOCADA EN LOS VACIOS OSEOS PERTINENTES.
VIDA UTIL:	5 AÑOS
PRESENTACIÓN COMERCIAL:	CAJAS INDIVIDUALES PARA CADA FRASCO, EN PRESENTACIONES DE 0,50cc, 1cc,3cc, 5cc,7cc, 10cc,12cc, 15,5cc, 20cc Y 25cc, CADA CAJA CONTIENE APARTE EL POLVO DE SULFATO DE CALCIO, MAS LA SOLUCIÓN LÍQUIDA, MAS EL KIT DE ACCESORIOS PARA HACER LA MEZCLA EN CIRUGÍA.
OBSERVACIONES:	ESTE REGISTRO AMPARA LAS SIGUIENTES REFERENCIAS: ALLOMATRIX® ALLOMATRIX® MASILLA ÓSEA DR.BONE PUTTY 3CC ALLOMATRIX® MASILLA ÓSEA CUSTOM BONE PUTTY 5CC ALLOMATRIX® MASILLA ÓSEA CUSTOM BONE PUTTY 10 CC ALLOMATRIX® MASILLA ÓSEA CUSTOM BONE PUTTY 20 CC ALLOMATRIX® MASILLA ÓSEA CANCELOSA 5.0 CC ALLOMATRIX® MASILLA ÓSEA CANCELOSA 10.0 CC ALLOMATRIX® MASILLA ÓSEA CANCELOSA 20.0 CC ALLOMATRIX® MASILLA INYECTABLE 0.50CC ALLOMATRIX® MASILLA INYECTABLE 1.0CC ALLOMATRIX® MASILLA INYECTABLE 5.0CC ALLOMATRIX® MASILLA INYECTABLE 10.0CC ALLOMATRIX® MASILLA INYECTABLE 20.0CC ALLOMATRIX® RCS 3CC ALLOMATRIX® RCS 7CC ALLOMATRIX® RCS 12CC ALLOMATRIX® RCS 25CC
EXPEDIENTE No.:	19948477
RADICACIÓN:	2014047087
FECHA:	23/04/2014

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D N.° 17-11/21
PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCIÓN No. 2014028635 DE 5 de Septiembre de 2014
Por la cual se concede LA RENOVACIÓN de un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

ARTICULO SEGUNDO: SE APRUBAN las etiquetas allegadas junto con el Radicado No. 2014047087 de fecha 23 de Abril de 2014.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede únicamente el Recurso de Reposición, que deberá interponerse ante la DIRECCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA, dentro de los DIEZ (10) días siguientes a su notificación, en los términos señalados en el código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO CUARTO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su ejecutoria.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 5 de Septiembre de 2014

Este espacio, hasta la firma se considera en blanco.

ELKIN HERNAN OTALVARO CIFUENTES
DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS

Vo. Bo. 500-03-1452
Vo. Bo. 500-03-1357
Vo. Bo. 500-03-161

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D N.° 17-11/21
PBX: 2948700

Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

Libertad y Orden

República de Colombia
Ministerio de la Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCIÓN No. 2011041740 DE 31 de Octubre de 2011
Por la cual se concede un Permiso de Comercialización

El Subdirector de Registros Sanitarios del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto Reglamentario 4725 de 2005 y la Resolución Número 251280 de 2000,.

ANTECEDENTES

Que mediante escrito número 2011109564 del 20 de septiembre de 2011 la Doctora Rubiela arias de Fajardo. actuando en calidad de apoderada solicito permiso de comercialización para el producto SISTEMA NIM- ECLIPSE - SISTEMA NIM-ECLIPSE - MEDTRONIC ® NIM-ECLIPSE®

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Que una vez estudiada la información aportada para la concesión del permiso de comercialización, este despacho considera que el interesado allegó la respectiva documentación técnica y legal para acceder a la petición en cumplimiento de los requisitos preceptuados en el Decreto 4725 de 2005 y en consecuencia este Instituto,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO.- Conceder PERMISO DE COMERCIALIZACIÓN por el término de DIEZ (10) años a

PRODUCTO:	SISTEMA NIM- ECLIPSE - SISTEMA NIM-ECLIPSE - MEDTRONIC ® NIM-ECLIPSE®
PERMISO DE COMERCIALIZACION NO.:	INVIMA 2011EBC-0008118 VIGENTE HASTA: 15 NOV 2021
TIPO DE REGISTRO:	IMPORTAR Y VENDER
TITULAR(ES):	MEDTRONIC INC. CON DOMICILIO EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
FABRICANTE(S):	MEDTRONIC INC. CON DOMICILIO EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA; MEDTRONIC XOMED INC. CON DOMICILIO EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
IMPORTADOR(ES):	IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS S.A. CON DOMICILIO EN BOGOTA - D.C.; MEDTRONIC LATIN AMERICA INC SUCURSAL COLOMBIA CON DOMICILIO EN BOGOTA - D.C.
TIPO DE EQUIPO BIOMÉDICO:	EQUIPO BIOMEDICO PARA USO DIAGNOSTICO
RIESGO:	IIB
SISTEMAS:	ELÉCTRICOS YELECTRONICOS
SUBSISTEMAS:	MATERIALES DEL POLO DE SUPERFICIE SENSOR, PRIMERA CAPA TELA DE POLIÉSTER NO TEJIDA SENSOR, SEGUNDA CAPA PLATA-CLORURO DE PLATA RECUBIERTO CON CARBONO SENSOR, TERCERA CAPA HIDROGEL CONDUCTOR KATECHO KM10E. MATERIALES DEL POLO AGUJA POLOS ACERO INOXIDABLE 304 CONECTORES Y ALAMBRES CLORURO DE POLIVINILO GRADO MÉDICO CONEXIÓN DE LA AGUJA AL ALAMBRE SOLDADURA DE PLATA LIBRE DE PLOMO DE GRADO MÉDICO CONECTOR CONECTOR RECUBIERTO EN ORO, TERMOENCOGIBLE MANGUERA TERMO ENCOGIBLE POLI FLUORURO DE VINILO (PVDF), MATERIALES DE LA SONDA PARA ESTIMULACIÓN SOBRE MOLDE DE LA MANIJA Y LA PUNTA ACRILONITRILO -BUTADIENO-ESTIRENO GRADO MÉDICO PUNTA DE LA SONDA ACERO INOXIDABLE TIPO 304 O 316, RECUBRIMIENTO AISLADO MANGUERA TERMO ENCOGIBLE POLI FLUORURO DE VINILO (PVDF) MATERIALES DE LOS INSTRUMENTOS DE DISECCIÓN – ESTIMULACIÓN, MATERIALES DE LOS INSTRUMENTOS DE DISECCIÓN – ESTIMULACIÓN INSTRUMENTO BASE ALEACIÓN DE ALUMINIO 7075 RECUBRIMIENTO AISLANTE MANGUERA TERMO ENCOGIBLE POLI FLUORURO DE VINILO (PVDF), GAFAS ELASTÓMERO DE SILICONA GE LIMR O ELASTÓMERO DE SILICONA GRADO LSR 2050
USOS:	NIM-ECLIPSE SD – EL SISTEMA NIM-ECLIPSE® SE PRETENDE PARA SU UTILIZACIÓN EN EL REGISTRO, MONITOREO Y ESTIMULACIÓN / REGISTRO DE SEÑALES BIO POTENCIALES INCLUYENDO ELECTROMIOGRAFÍA (EMG), RESPUESTA EVOCADA Y POTENCIALES NERVIOSOS / MUSCULARES Y PARA EL DIAGNÓSTICO INTRA OPERATORIO DE DISFUNCIÓN AGUDA EN CONDUCCIÓN AXONAL CORTICOESPINAL.

RESOLUCIÓN No. 2011041740 DE 31 de Octubre de 2011
Por la cual se concede un Permiso de Comercialización

El Subdirector de Registros Sanitarios del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto Reglamentario 4725 de 2005 y la Resolución Número 251280 de 2000,.

EL SISTEMA SUMINISTRA RETROALIMENTACIÓN AL CIRUJANO Y AL EQUIPO DE LA SALA DE CIRUGÍA, PARA ASISTIR EN LA LOCALIZACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS NERVIOS ESPINALES Y LA VERIFICACIÓN DE LA COLOCACIÓN DE LA INSTRUMENTACIÓN ESPINAL, PARA EVITAR HERIDAS A LAS RAÍCES NERVIOSAS EN RIESGO.

NS – LA ESTACIÓN DE TRABAJO NEURO VASCULAR DEL SISTEMA NIM-ECLIPSE® SE PRETENDE PARA SU UTILIZACIÓN EN EL MONITOREO DE RUTAS SENSORIALES Y MOTORAS Y PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN EN LA DETERMINACIÓN DEL ESTADO DEL FLUJO SANGUÍNEO EN LAS ARTERIAS VASCULARES INTRA CRANEALES Y EXTRA CRANEALES EN ADULTOS. EL INSTRUMENTO UTILIZA ELECTRO ENCEFALOGRAFÍA (EEG), ELECTRO MIOGRAFÍA (EMG), POTENCIALES EVOCADOS MOTORES Y SENSORIALES, Y POTENCIALES NERVIOSOS ASÍ COMO ANÁLISIS DOPPLER. LAS TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN TRANS CRANEALES PARA POTENCIALES MOTORES EVOCADOS SE UTILIZAN PARA VALORAR LA DISFUNCIÓN AGUDA EN CONDUCCIÓN AXONAL DEL TRACTO CORTICOESPINAL.
EL SISTEMA SE UTILIZA EN LA SALA DE CIRUGÍA Y ÁREAS DE CUIDADO CRÍTICO PARA SUMINISTRAR A LOS PROFESIONALES DEL CUIDADO DE LA SALUD INFORMACIÓN PARA GUIAR LA CIRUGÍA Y PARA VALORAR EL ESTATUS VASCULAR Y NEUROLÓGICO DEL PACIENTE.
EL ANÁLISIS DOPPLER NO DEBE UTILIZARSE PARA OBSTETRICIA.

PRESENTACIÓN COMERCIAL: EMPAQUE INDIVIDUAL
OBSERVACIONES: EL PRESENTE PERMISO DE COMERCIALIZACION AMPARA LOS ACCESORIOS, PARTES Y REPUESTOS EXCLUSIVOS DEL SISTEMA.
EXPEDIENTE NO.: 20039194
RADICACIÓN NO.: 2011109564
FECHA DE RADICACIÓN: 20/09/2011

ARTICULO SEGUNDO.- Se autorizan etiquetas allegadas con el radicado

ARTICULO TERCERO.-Contra la presente resolución procede únicamente el Recurso de Reposición, que deberá interponerse ante la Subdirectora de Licencias y Registros, dentro de los CINCO (5) días siguientes a su notificación, en los términos señalados en el código Contencioso Administrativo.

ARTICULO CUARTO.-La presente resolución rige a partir de la fecha de su ejecutoria.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 31 de Octubre de 2011

Este espacio, hasta la firma se considera en blanco.

INVIMA COLOMBIA

LUZ HELENA FRANCO CHAPARRO
SUBDIRECTOR(A) DE REGISTROS SANITARIOS

Carrera 68D Nro. 17-11/21 – PBX: 2948700 – Página Web http:// www.invima.gov.co

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2015001205 DE 16 de Enero de 2015
Por la cual se Modifica una Resolución

EL DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA , en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005 y Ley 1437 de 2011.

EXPEDIENTE: 20039194 **RADICACIÓN:** 2014163257 **FECHA:** 10/12/2014
REGISTRO SANITARIO: INVIMA 2011EBC-0008118 **VIGENCIA:** 15/11/2021

ANTECEDENTES

Que mediante Resolución No. 2011041740 de 31 de Octubre de 2011, el INVIMA concedió Permiso de Comercialización No. INVIMA 2011EBC-0008118 para el producto SISTEMA NIM- ECLIPSE - SISTEMA NIM-ECLIPSE -. MEDTRONIC ® NIM-ECLIPSE®, a favor de MEDTRONIC INC. con domicilio en ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, en la modalidad de Importar y Vender.

Que mediante Resolución No. 2014015984 de 30 de Mayo de 2014, el INVIMA MODIFICÓ la Resolución No. 2011041740 del 31/10/2011 en el sentido de obtener aprobación para adicionar fabricante.

Que mediante escrito número 2014163257 radicado el 10/12/2014, la Doctora RUBIELA ARIAS DE FAJARDO, actuando en calidad de Apoderada de la Sociedad MEDTRONIC INC, presentó solicitud de modificación al Registro Sanitario mencionado, EN EL SENTIDO DE OBTENER APROBACIÓN PARA ADICIÓN DE REFERENCIAS.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Que una vez estudiada la información aportada con la solicitud de modificación al Registro Sanitario, este Despacho considera que el interesado allegó la respectiva documentación técnico/legal para acceder a la petición en cumplimiento de los requisitos preceptuados en el Decreto 4725 de 2005 y en consecuencia este Instituto

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: MODIFICAR la Resolución No. 2011041740 del 31/10/2011 que concedió Registro Sanitario número INVIMA 2011EBC-0008118 a favor de MEDTRONIC INC. CARDIAC RHYTHM DISEASE con domicilio en ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA para el producto SISTEMA NIM- ECLIPSE - SISTEMA NIM-ECLIPSE - MEDTRONIC ® NIM-ECLIPSE® en la modalidad IMPORTAR Y VENDER, en el sentido de **APROBAR**:

- **ADICIÓN DE REFERENCIAS:**

LAS REFERENCIAS QUE SE AMPARAN EN EL REGISTRO SANITARIO MAS LAS SIGUIENTES REFERENCIAS:

NCCPUE4	COMPUTER NCCPUE4 NOTEBOOK E4 EN ROHS
NCCPUE4-DE	COMPUTER NCCPUE4-DE NOTEBOOK E4 DEU ROHS
NCCPUE4-ES	COMPUTER NCCPUE4-ES NOTEBOOK E4 ESP ROHS
NCCPUE4-FR	COMPUTER NCCPUE4-FR NOTEBOOK E4 FRA ROHS
NCCPUE4-IT	COMPUTER NCCPUE4-IT NOTEBOOK E4 ITA ROHS
NWCPUE4	COMPUTER NWCPUE4 DESKTOP E4 EN ROHS
NWCPUE4-DE	COMPUTER NWCPUE4-DE DESKTOP E4 DEU ROHS
NWCPUE4-ES	COMPUTER NWCPUE4-ES DESKTOP E4 ESP ROHS
NWCPUE4-FR	COMPUTER NWCPUE4-FR DESKTOP E4 FRA ROHS
NWCPUE4-IT	COMPUTER NWCPUE4-IT DESKTOP E4 ITA ROHS

ARTICULO SEGUNDO: Contra la presente resolución procede únicamente el Recurso de Reposición, que deberá interponerse ante el DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA, dentro de los DIEZ (10) días siguientes a su notificación, en los términos señalados en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D No. 17-11/21
PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1
SC-7341-1
CO-SC-7341-1

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2015001205 DE 16 de Enero de 2015
Por la cual se Modifica una Resolución

EL DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA , en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005 y Ley 1437 de 2011.

ARTICULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de ejecutoria.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Se expide en Bogotá D.C., el 16 de Enero de 2015

Este espacio, hasta la firma se considera en blanco.

ELKIN HERNAN OTALVARO CIFUENTES
DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS

Vo.Bo. 500-03-1405
Vo.Bo. 500-03-760
Vo.Bo. 500-03-161

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D N.° 17-11/21
PBX: 2948700

Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1
SC 7341 - 1
CO-SC-7341-1

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2015011362 DE 20 de Marzo de 2015
Por la cual se CORRIGE FORMALMENTE una Resolución

EL DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA , en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005 y Ley 1437 de 2011.

EXPEDIENTE: 20039194 **RADICACIÓN:** 2015013506
REGISTRO SANITARIO: INVIMA 2011EBC-0008118 **VIGENCIA:**15/11/2021

ANTECEDENTES

Que mediante Resolución No. 2011041740 de 31 de Octubre de 2011, el INVIMA concedió Permiso de Comercialización No. INVIMA 2011EBC-0008118 para el producto SISTEMA NIM- ECLIPSE - SISTEMA NIM-ECLIPSE - MEDTRONIC ® NIM-ECLIPSE®, a favor de MEDTRONIC INC. CON DOMICILIO EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, en la modalidad de Importar y Vender.

Que mediante RESOLUCION No. 2014015984 de 30 de Mayo de 2014, el INVIMA MODIFICÓ la Resolución No. 2011041740 del 31/10/2011 EN EL SENTIDO DE OBTENER APROBACIÓN PARA ADICIONAR FABRICANTE.

Que mediante RESOLUCION No. 2015001205 DE 16 de Enero de 2015, el INVIMA MODIFICÓ la Resolución No. 2011041740 del 31/10/2011 EN EL SENTIDO DE OBTENER APROBACIÓN PARA ADICIÓN DE REFERENCIAS.

Que mediante escrito numero 2015013506 radicado el 09/02/2015, la Doctora RUBIELA ARIAS DE FAJARDO actuando en calidad de Apoderada de la empresa MEDTRONIC INC., solicita corrección de la Resolución No. 2011041740 DE 31 de Octubre de 2011, en el sentido de incluir las referencias que se diligenciaron en el ítem observaciones del formulario y no se describieron en la resolución No. 2011041740 de 31 de Octubre de 2011, la cual concedió el Permiso de Comercialización No. INVIMA 2011EBC-00081

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Que revisada la documentación que reposa en el expediente se pudo comprobar que por error de la administración no se digitaron las referencias en el ítem observaciones de la Resolución No. 2011041740 de 31 de Octubre de 2011, las cuales si se evidenciaban en el formulario único de solicitud del Permiso de Comercialización.

En este sentido y teniendo en cuenta lo previsto en el articulo 45 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, el cual a letra dice " *En cualquier tiempo, de oficio o a petición de parte, se podrán corregir los errores simplemente formales contenidos en los actos administrativos, ya sean aritméticos, de digitación, de transcripción o de omisión de palabras...*" este Instituto considera procedente acceder a lo solicitado y en consecuencia la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: CORREGIR FORMALMENTE la Resolución No. 2011041740 de 31 de Octubre de 2011, en el sentido de incluir las referencias diligenciadas en el ítem Observaciones del formulario único de solicitud del Permiso de Comercialización No. INVIMA 2011EBC-0008118 para el producto SISTEMA NIM- ECLIPSE - SISTEMA NIM-ECLIPSE - MEDTRONIC ® NIM-ECLIPSE®, a favor de MEDTRONIC INC. CON DOMICILIO EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, en la modalidad de Importar y Vender, quedando:

- **REFERENCIAS:**

AE102	945DSE0005	MON19	RMA1016
945AE102	DSE1115	945MON19	945RMA1016
BHB500	945DSE1115	MSM100	945RMA1019
945BHB500	DSE1125	945MSM100	945RMA1019S
BNP2001	945DSE1125	NCCPU	945RMA1019SP
945BNP2001	DSE2115	945NCCPU	945RMA2019

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 10 N.° 64/28
PBX: 2948700

Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2015011362 DE 20 de Marzo de 2015
Por la cual se CORRIGE FORMALMENTE una Resolución
EL DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA , en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005 y Ley 1437 de 2011.

BNP2002	945DSE2115	NCCPU-DE	945RMA2029
945BNP2002	DSE2125	NCCPU-ES	945RMA2029SP
CDAQ916	945DSE2125	NCCPU-FR	945RME0004
945CDAQ916	DSE3115	NCCPU-IT	945RME0006
CEEX20	945DSE3115	NPLC2010	945RME0008
945CEEX20	DSE3125	945NPLC2010	945RME0016
CEEX98	945DSE3125	NPLS2010	945RME0020
945CEEX98	DSE4115	945NPLS2010	945RME0032
CMDA732	945DSE4115	NPLS2010	945RME0064
945CMDA732	DSE4125	945NPLS2010	945RME1004
CNCPS101	945DSE4125	NPTC1800	945RME1006
945CNCPS101	DSN1260	945NPTC1800	945RME1008
CNP2001	945DSN1260	NPUT1800	945RME1016
945CNP2001	DSN1299	945NPUT1800	945RME1020
945CNP2002	945DSN1299	NRE1003	945RME1021
CPC16	DSN2260	945NRE1003	945RME1032
945CPC16	945DSN2260	NSD2750	945RME1064
CPJ203	DSN2280	945NSD2750	RSE1000
945CPJ203	945DSN2280	NWCPU	945RSE1000
CPJ206	945DTE0002	945NWCPU	945RSE1001
945CPJ206	945DTE0003	OPM660	945RSE1002
CUSB100	945DTE1002	945OPM660	945RSE1003
945CUSB100	945DTE1003	945OTS1001	945RSE1004
CUSB6	ECLC	945OTS1009	945RSE1005
945CUSB6	945ECLC	945OTS1010	945RSE1007
CVC100	EEX901	945OTS1011	945RSE1008
945CVC100	945EEX901	945OTS1012	945RSE1010
DAQ916	EPM3200	P216	SPK1004
945DAQ916	945EPM3200	945P216	945SPK1004
945DMA1001	FTP1001	P226	SPM608
945DMA1002	945FTP1001	945P226	945SPM608
945DMA1003	FTP2001	POC1002	SRE1002
945DMA1004	945FTP2001	945POC1002	945SRE1002
945DMA2004	945GEL1001	POC180	TC32
945DMA2006	945GEL1002	945POC180	945TC32
945DMA2008	945GEL1003	PP500	TCD16
945DMA2016	945GEL1006	945PP500	945TCD16
945DMA2020	ITP916	PSP1000	TCD500

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 10 N.° 64/28
PBX: 2948700

Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2015011362 DE 20 de Marzo de 2015
Por la cual se CORRIGE FORMALMENTE una Resolución
EL DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA , en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005 y Ley 1437 de 2011.

DME1001	945ITP916	945PSP1000	945TCD500
945DME1001	LEA300	PSP1001	VC330
DME1004	945LEA300	945PSP1001	945VC330
945DME1004	MCLT16	PSP1002	VG202
DME2002	945MCLT16	945PSP1002	945VG202
945DME2002	MCNW16	PSP2000	8225719
945DMN2535W	945MCNW16	945PSP2000	8225720
945DMN7545W	MDP201	PSP2001	8225747
DSE0001	945MDP201	945PSP2001	8225759
945DSE0001	MDPA201	PSP2002	8225769
DSE0002	945MDPA201	945PSP2002	8225751
945DSE0002	MEP1001	PXP2002	8225715
DSE0003	945MEP1001	945PXP2002	8227702E
945DSE0003	MNP1001	REM16	8227703
DSE0004	945MNP1001	945REM16	8227767
945DSE0004	MNP2001	RMA1015	8225757
DSE0005	945MNP2001	945RMA1015	

ARTICULO SEGUNDO: Contra la presente resolución procede únicamente el Recurso de Reposición, que deberá interponerse ante el DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA, dentro de los DIEZ (10) días siguientes a su notificación, en los términos señalados en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de ejecutoria.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Se expide en Bogotá D.C., el 20 de Marzo de 2015
Este espacio, hasta la firma se considera en blanco.

ELKIN HERNAN OTALVARO CIFUENTES
DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y OTRAS TECNOLOGIAS

Vo.Bo. 500-03-1201
Vo.Bo. 500-03-760
Vo.Bo. 500-03-161

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 10 N.° 64/28
PBX: 2948700

Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

ANTECEDENTES

Que mediante radicado No. 2012148073 de fecha 12 de Diciembre de 2012, la Doctora RUBIELA ARIAS DE FAJARDO, actuando en calidad de representante legal de la sociedad MEDTRONIC Inc. con domicilio en ESTADOS UNIDOS, solicito Registro Sanitario para el producto: CD HORIZON® SPINAL SYSTEM en la modalidad de IMPORTAR Y VENDER.

Que mediante Auto No. 2013001411 de 25 de Febrero de 2013, se requirió a la interesada de la siguiente manera:

1. *"Allegar formulario corregido en el que se indique la vida útil del producto, dado que en el folio 116 indica que algunas de las referencias tiene vida útil de cinco (5) años, además de anexar los estudios de estabilidad que sustente esta vida útil ."*
2. *"Allegar los estudios de esterilización con oxido de etileno, en donde se evidencie niveles de aceptación de residuos de oxido de etileno en producto terminado, dado que en el folio 116 se indica que algunas de las referencias se suministran estériles mediante este método, lo anterior en cumplimiento con lo descrito en los literales e),i) del articulo 18, del Decreto 4725 de 2005."*
3. *"Allegar el certificado de venta libre que incluya todos las referencias puntualmente descritas en la solicitud de acuerdo a lo descrito en el Articulo 29 literal b) y articulo 44 del decreto 4725 de 2005. Teniendo en cuenta que no se encuentran varias referencias solicitadas en el certificado de venta libre: por ejemplo 811-321: LP MULTI SPAN PL L=1.55-1.75TI, 811-322: LP MULTI SPAN PL L=1.75-2.15TI, 811-323: LP MULTI SPAN PL L=2.15-2.95TI, 8114528M: CROSSLINK 8114528M 28-30MMX10 PLTE 4.5TI, 8114530M: CROSSLINK 8114530M 30-34MMX10 PLTE 4.5TI, 8114534M: CROSSLINK 8114534M 34-42MMX10 PLTE 4.5TI, 8114541M: CROSSLINK 8114541M 41-56MMX10 PLTE 4.5TI, 8114555M: CROSSLINK 8114555M 55-84MMX10 PLTE 4.5TI, 8690040: ROD 8690040 CDH PBNT 5.5X40 TI, 8690030: ROD 8690030 CDH PBNT 5.5X30 TI, 8690050: ROD 8690050 CDH PBNT 5.5X50 TI, 8690060: ROD 8690060 CDH PBNT 5.5X60 TI, 8690070: ROD 8690070 CDH PBNT 5.5X70 TI, 8690080: ROD 8690080 CDH PBNT 5.5X80 TI, etc.., al igual se evidencia que muchas no están tal cual como se encuentran en el certificado de venta libre, posiblemente por problemas de digitación."*

Que mediante radicado No. 2013029008 de 19 de Marzo de 2013, la Doctora RUBIELA ARIAS DE FAJARDO, actuando en calidad de representante legal de la sociedad MEDTRONIC Inc. dio respuesta satisfactoria a requerimiento.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Que ante este Instituto se ha solicitado la Concesión de un Registro Sanitario con base en la documentación allegada, previo estudio técnico y legal de la Dirección de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del INVIMA, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 4725 de 2005, se emitió concepto favorable para la autorización de este Registro Sanitario.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO.- Conceder REGISTRO SANITARIO por el término de DIEZ (10) años a

PRODUCTO:	CD HORIZON® SPINAL SYSTEM – SISTEMA DE IMPLANTES PARA COLUMNA – MEDTRONIC.
REGISTRO SANITARIO No.:	INVIMA 2013DM-0009937 VIGENTE HASTA: 04 JUN 2023
TIPO DE REGISTRO:	IMPORTAR Y VENDER
TITULAR(ES):	MEDTRONIC INC con domicilio en ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
FABRICANTE(S):	MEDTRONIC SOFAMOR DANEK USA, INC con domicilio en 1800 Pyramid Place Memphis, Tennessee 38132 USA; WARSA ORTHOPEDIC INC (aka-Medtronic Sofamor Danek Manufacturing) con domicilio en 2500 Silveus Crossing Warsaw, IN 46582 USA, MEDTRONIC PUERTO RICO OPERATIONS, Co con domicilio en Road 909 Km, 0.4 Barrio Mariana Humacao, PUERTO RICO 00792; MEDTRONIC SOFAMOR DANEK USA, Inc. con domicilio en 4340 Swinnea Road Memphis, TN 38118; MEDTRONIC SOFAMOR DANEK, DEGGENDORF GMBH con domicilio en Werftstr 17,94469 Deggendorf, ALEMANIA.

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologias del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

IMPORTADOR(ES):	MEDTRONIC LATIN AMERICA Inc con domicilio en BOGOTA - D.C.; IMPLANTES Y SISTEMAS ORTOPEDICOS S.A con domicilio en BOGOTA - D.C.
TIPO DE DISPOSITIVO	INVASIVO
RIESGO:	III
VIDA UTIL:	5 AÑOS
COMPOSICIÓN:	EL SISTEMA ESPINAL CD HORIZON® CONSTA DE UNA VARIEDAD DE BARRAS, TORNILLOS, PLACAS CROSSLINK®, GRAPAS Y COMPONENTES CONECTORES DE DIFERENTES FORMAS Y TAMAÑOS. LOS IMPLANTES DEL SISTEMA ESPINAL CD HORIZON SON FABRICADOS EN ACERO INOXIDABLE GRADO MEDICO, TITANIO GRADO MEDICO, ALEACIÓN DE TITANIO, ALEACIÓN DE COBALTO-CROMO-MOLIBDENO GRADO MEDICO, TANTALIO GRADO MEDICO Y PEEK OPTIMA-LT1 GRADO MEDICO. ALGUNOS COMPONENTES DEL SISTEMA ESPINAL CD HORIZON PUEDEN ESTAR RECUBIERTOS CON HIDROXIAPATITA.
USOS:	EL SISTEMA ESPINAL CD HORIZON® ESTÁ DISEÑADO PARA AYUDAR A SUMINISTRAR INMOVILIZACIÓN Y ESTABILIZACIÓN DE LOS SEGMENTOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL COMO COMPLEMENTO A LA FUSIÓN DE LA COLUMNA DORSAL, LUMBAR Y/O SACRA. CD HORIZON® ESTÁ PRETENDIDO PARA FIJACIÓN POSTERIOR NO CERVICAL, COMO COMPLEMENTO A LA FUSION PARA LAS SIGUIENTES INDICACIONES: ENFERMEDAD DISCAL DEGENERATIVA (DEFINIDA COMO DOLOR DE ESPALDA DE ORIGEN DISCOGENICO CON DEGENERACIÓN DISCAL CONFIRMADA POR LA HISTORIA DEL PACIENTE Y ESTUDIOS RADIOLOGICOS); ESPONDILOLISTESIS; TRAUMATISMO (POR EJEMPLO, FACTURA O DOSLOCACION): ESTENOSIS ESPINAL; CURVATURAS (POR EJEMPLO, ESCOLIOSIS, CIFOSIS Y/O LORDOSIS); TUMOR; PSEUDOARTROSIS; Y/O FALLA DE UNA FUSION PREVIA.
PRESENTACIONES COMERCIALES:	EMPAQUE POR UNIDAD
OBSERVACIONES:	ESTE REGISTRO SANITARIO AMPARA LAS SIGUIENTES FAMILIAS: Solera (4.75mm, 5.0mm & 6.0mm), Legacy (3.5mm, 4.5mm, 5.5mm, 6.35 mm,Legacy PEEK Rods) M8, Longitude, Sextan

4595535	M8 TAPERED FAS 5.5 X 35, TI
4595540	M8 TAPERED FAS 5.5 X 40, TI
4595545	M8 TAPERED FAS 5.5 X 45, TI
4595550	M8 TAPERED FAS 5.5 X 50, TI
4595555	M8 TAPERED FAS 5.5 X 55, TI
4596535	M8 TAPERED FAS 6.5 X 35, TI
4596540	M8 TAPERED FAS 6.5 X 40, TI
4596545	M8 TAPERED FAS 6.5 X 45, TI
4596550	M8 TAPERED FAS 6.5 X 50, TI
4596555	M8 TAPERED FAS 6.5 X 55, TI
4597535	M8 TAPERED FAS 7.5 X 35, TI
4597540	M8 TAPERED FAS 7.5 X 40, TI
4597545	M8 TAPERED FAS 7.5 X 45, TI
4597550	M8 TAPERED FAS 7.5 X 50, TI
4597555	M8 TAPERED FAS 7.5 X 55, TI
4598535	M8 TAPERED FAS 8.5 X 35, TI
4598540	M8 TAPERED FAS 8.5 X 40, TI
4598545	M8 TAPERED FAS 8.5 X 45, TI
4598550	M8 TAPERED FAS 8.5 X 50, TI
4598555	M8 TAPERED FAS 8.5 X 55, TI

GP 283 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

5440030	SOLERA SET SCREW, AUTO-BREAK OFF, Ti
5440430	SOLERA SET SCREW, BRK-OFF, Ti, SEXTANT
5442016	16MM M/L FIXED X10 CROSSLINK, 4.75
5442019	19MM M/L FIXED X10 CROSSLINK, 4.75
5442022	22MM M/L FIXED X10 CROSSLINK, 4.75
5442025	25MM M/L FIXED X10 CROSSLINK, 4.75
5442028	28MM M/L FIXED X10 CROSSLINK, 4.75
5442031	31MM M/L FIXED X10 CROSSLINK, 4.75
5442034	34MM M/L FIXED X10 CROSSLINK, 4.75
5442037	37MM M/L FIXED X10 CROSSLINK, 4.75
5442130	CROSSLINK 5442130 4.75 TI NS MLT 30-32MM
5442132	CROSSLINK 5442132 4.75 TI NS MLT 32-37MM
5442136	36/38mm 4.75 MULTI-SPAN X10 CROSSLINK
5442138	38/42mm 4.75 MULTI-SPAN X10 CROSSLINK
5442141	41/48mm 4.75 MULTI-SPAN X10 CROSSLINK
5442144	44/54mm 4.75 MULTI-SPAN X10 CROSSLINK
5442147	47/60mm 4.75 MULTI-SPAN X10 CROSSLINK
5442152	52/70mm 4.75 MULTI-SPAN X10 CROSSLINK
5442160	60/86mm 4.75 MULTI-SPAN X10 CROSSLINK
6541019	19MM ROSTRAL STAPLE, TI
6541021	21MM ROSTRAL STAPLE, TI
6541023	23MM ROSTRAL STAPLE, TI
6541025	25MM ROSTRAL STAPLE, TI
6541119	19MM CAUDAL STAPLE, TI
6541121	21MM CAUDAL STAPLE, TI
6541123	23MM CAUDAL STAPLE, TI
6541125	25MM CAUDAL STAPLE, TI
6541213	STAPLE, SINGLE, 13MM, TI
6541215	STAPLE, SINGLE, 15MM, TI
6541217	STAPLE, SINGLE, 17MM, TI
6543520	5.5MM FAS FOR Ø5.5 ROD, TI - 20MM LG
6543525	5.5MM FAS FOR Ø5.5 ROD, TI - 25MM LG
6543530	5.5MM FAS FOR Ø5.5 ROD, TI - 30MM LG
6543535	5.5MM FAS FOR Ø5.5 ROD, TI - 35MM LG
6543540	5.5MM FAS FOR Ø5.5 ROD, TI - 40MM LG
6543545	5.5MM FAS FOR Ø5.5 ROD, TI - 45MM LG
6543550	5.5MM FAS FOR Ø5.5 ROD, TI - 50MM LG
6543620	6.5MM FAS FOR Ø5.5 ROD, TI - 20MM LG
6543625	6.5MM FAS FOR Ø5.5 ROD, TI - 25MM LG
6543630	6.5MM FAS FOR Ø5.5 ROD, TI - 30MM LG
6543635	6.5MM FAS FOR Ø5.5 ROD, TI - 35MM LG
6543640	6.5MM FAS FOR Ø5.5 ROD, TI - 40MM LG
6543645	6.5MM FAS FOR Ø5.5 ROD, TI - 45MM LG
6543650	6.5MM FAS FOR Ø5.5 ROD, TI - 50MM LG
6543655	6.5MM FAS FOR Ø5.5 ROD, TI - 55MM LG
6543660	6.5MM FAS FOR Ø5.5 ROD, TI - 60MM LG

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1
ISO 9001 icontec SC 7341 - 1
IQNet CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

6902200	ROD CONN 3.2 TO 5.5, TI
7041210	4.5/6.35 CLS LAT CON, 10MM,TI
7041230	4.5/6.35 CLS LAT CON, 30MM,TI
7041310	5.5/6.35 CLS LAT CON, 10MM,TI
7041360	5.5/6.35 CLS LAT CON, 60MM,TI
7049855	SETSCREW, HEX BREAK-OFF, TI, 1/4-32
7191530	CDH HA COATED MAS 5.5X30
7191535	CDH HA COATED MAS 5.5X35
7191540	CDH HA COATED MAS 5.5X40
7191545	CDH HA COATED MAS 5.5X45
7191550	CDH HA COATED MAS 5.5X50
7191555	CDH HA COATED MAS 5.5X55
7191560	CDH HA COATED MAS 5.5X60
7191625	CDH HA COATED MAS 6.5X25
7191630	CDH HA COATED MAS 6.5X30
7191635	CDH HA COATED MAS 6.5X35
7191640	CDH HA COATED MAS 6.5X40
7191645	CDH HA COATED MAS 6.5X45
7191650	CDH HA COATED MAS 6.5X50
7191655	CDH HA COATED MAS 6.5X55
7191660	CDH HA COATED MAS 6.5X60
7191665	CDH HA COATED MAS 6.5X65
7191725	CDH HA COATED MAS 7.5X25
7191730	CDH HA COATED MAS 7.5X30
7191735	CDH HA COATED MAS 7.5X35
7191740	CDH HA COATED MAS 7.5X40
7191745	CDH HA COATED MAS 7.5X45
7191750	CDH HA COATED MAS 7.5X50
7191755	CDH HA COATED MAS 7.5X55
7191760	CDH HA COATED MAS 7.5X60
7191765	CDH HA COATED MAS 7.5X65
7191770	CDH HA COATED MAS 7.5X70
7191825	CDH HA COATED MAS 8.5X25
7191830	CDH HA COATED MAS 8.5X30
7191835	CDH HA COATED MAS 8.5X35
7191840	CDH HA COATED MAS 8.5X40
7191845	CDH HA COATED MAS 8.5X45
7191850	CDH HA COATED MAS 8.5X50
7191855	CDH HA COATED MAS 8.5X55
7191860	CDH HA COATED MAS 8.5X60
7191865	CDH HA COATED MAS 8.5X65
7195525	CDH HA COATED CANN MAS 5.5X25
7195530	CDH HA COATED CANN MAS 5.5X30
7195535	CDH HA COATED CANN MAS 5.5X35
7195540	CDH HA COATED CANN MAS 5.5X40
7195545	CDH HA COATED CANN MAS 5.5X45

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

7195550	CDH HA COATED CANN MAS 5.5X50
7195555	CDH HA COATED CANN MAS 5.5X55
7195560	CDH HA COATED CANN MAS 5.5X60
7195565	CDH HA COATED CANN MAS 5.5X65
7195570	CDH HA COATED CANN MAS 5.5X70
7195575	CDH HA COATED CANN MAS 5.5X75
7196525	CDH HA COATED CANN MAS 6.5X25
7196530	CDH HA COATED CANN MAS 6.5X30
7196535	CDH HA COATED CANN MAS 6.5X35
7196540	CDH HA COATED CANN MAS 6.5X40
7196545	CDH HA COATED CANN MAS 6.5X45
7196550	CDH HA COATED CANN MAS 6.5X50
7196555	CDH HA COATED CANN MAS 6.5X55
7196560	CDH HA COATED CANN MAS 6.5X60
7196565	CDH HA COATED CANN MAS 6.5X65
7196570	CDH HA COATED CANN MAS 6.5X70
7196575	CDH HA COATED CANN MAS 6.5X75
7197525	CDH HA COATED CANN MAS 7.5X25
7197530	CDH HA COATED CANN MAS 7.5X30
7197535	CDH HA COATED CANN MAS 7.5X35
7197540	CDH HA COATED CANN MAS 7.5X40
7197545	CDH HA COATED CANN MAS 7.5X45
7197550	CDH HA COATED CANN MAS 7.5X50
7197555	CDH HA COATED CANN MAS 7.5X55
7197560	CDH HA COATED CANN MAS 7.5X60
7197565	CDH HA COATED CANN MAS 7.5X65
7197570	CDH HA COATED CANN MAS 7.5X70
7197575	CDH HA COATED CANN MAS 7.5X75
7198525	CDH HA COATED CANN MAS 8.5X25
7198530	CDH HA COATED CANN MAS 8.5X30
7198535	CDH HA COATED CANN MAS 8.5X35
7198540	CDH HA COATED CANN MAS 8.5X40
7198545	CDH HA COATED CANN MAS 8.5X45
7198550	CDH HA COATED CANN MAS 8.5X50
7198555	CDH HA COATED CANN MAS 8.5X55
7198560	CDH HA COATED CANN MAS 8.5X60
7198565	CDH HA COATED CANN MAS 8.5X65
7198570	CDH HA COATED CANN MAS 8.5X70
7198575	CDH HA COATED CANN MAS 8.5X75
7220950	CDH G4 SCREW FOR 6.35 PEEK ROD
7225535	CDH LEGACY PEEK MAS 5.5X35
7225540	CDH LEGACY PEEK MAS 5.5X40
7225545	CDH LEGACY PEEK MAS 5.5X45
7225550	CDH LEGACY PEEK MAS 5.5X50
7226535	CDH LEGACY PEEK MAS 6.5X35
7226540	CDH LEGACY PEEK MAS 6.5X40

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 292 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

7226545	CDH LEGACY PEEK MAS 6.5X45
7226550	CDH LEGACY PEEK MAS 6.5X50
7226555	CDH LEGACY PEEK MAS 6.5X55
7227530	CDH LEGACY PEEK MAS 7.5X30
7227535	CDH LEGACY PEEK MAS 7.5X35
7227540	CDH LEGACY PEEK MAS 7.5X40
7227545	CDH LEGACY PEEK MAS 7.5X45
7340000	BREAK-OFF M6 X I BUTTRESS
7340300	3.5MM ROD, TI, 300MM LENGTH
7340500	3.5MM ROD, TI, 500MM LENGTH
7341101	PEDICLE HOOK
7341111	SMALL LAMINIAR HOOK
7341112	MEDIUM LAMINIAR HOOK
7341113	LARGE LAMINIAR HOOK
7341142	RAMPED NARROW BLADE HOOK
7341171	EXTENDED BODY HOOK
7342410	FAS 4.0 X 10MM FOR 3.5 ROD
7342415	FAS 4.0 X 15MM FOR 3.5 ROD
7342420	FAS 4.0 X 20MM FOR 3.5 ROD
7342425	FAS 4.0 X 25MM FOR 3.5 ROD
7342430	FAS 4.0 X 30MM FOR 3.5 ROD
7343310	FAS 3.5 X 10
7343315	FAS 3.5 X 15
7343320	FAS 3.5 X 20
7343325	FAS 3.5 X 25
7343330	FAS 3.5 X 30
7343415	FAS 4.5 X 15
7343420	FAS 4.5 X 20
7343425	FAS 4.5 X 25
7343430	FAS 4.5 X 30
7343435	FAS 4.5 X 35
7343440	FAS 4.5 X 40
7343520	FAS 5.5 X 20
7343525	FAS 5.5 X 25
7343530	FAS 5.5 X 30
7343535	FAS 5.5 X 35
7343540	FAS 5.5 X 40
7343545	FAS 5.5 X 45
7440020	SET SCREW, BREAK-OFF, TI
7440030	SETSCREW, BREAK-OFF, TI
7441102	HOOK, PEDICLE, TI
7441112	HOOK, WIDE BLADE, SM, TI
7441113	HOOK, WIDE BLADE, MED, TI
7441114	HOOK, WIDE BLADE, LGE, TI
7441122	HOOK, NARROW BLADE, TI
7441142	HOOK, RAMPED THORACIC, TI

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 292 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

7441162	HOOK, LUMBAR ANGLED BLADE, TI
7441172	HOOK, EXTENDED BODY, TI
7441198	HOOK, OFFSET RIGHT, TI
7441199	HOOK, OFFSET LEFT, TI
7442420	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0X20, TI
7442425	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0X25, TI
7442430	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0X30, TI
7442435	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0X35, TI
7442440	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0X40, TI
7442525	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X25, TI
7442530	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X30, TI
7442535	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X35, TI
7442540	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X40, TI
7442545	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X45, TI
7442550	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X50, TI
7443425	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X25, TI
7443430	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X30, TI
7443435	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X35, TI
7443440	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X40, TI
7443525	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5X25, TI
7443530	SCREW, FIXED ANGLE,5.5X30,TI
7443535	SCREW, FIXED ANGLE,5.5X35,TI
7443540	SCREW, FIXED ANGLE,5.5X40,TI
7443545	SCREW, FIXED ANGLE,5.5X45,TI
7443550	SCREW, FIXED ANGLE,5.5X50,TI
7443625	SCREW, FIXED ANGLE,6.5X25,TI
7443630	SCREW, FIXED ANGLE,6.5X30,TI
7443635	SCREW, FIXED ANGLE,6.5X35,TI
7443640	SCREW, FIXED ANGLE,6.5X40,TI
7443645	SCREW, FIXED ANGLE,6.5X45,TI
7540000	SET SCREW, BREAK-OFF, HEX, TI
7540020	SET SCREW, BREAK-OFF, TI
7540120	SET SCREW, NON BREAK-OFF, TI
7540220	LEGACY 5.5 REDUCTION PLUG, TI
7541102	HOOK, PEDICLE, SM, TI
7541103	HOOK, PEDICLE, MD, TI
7541104	HOOK, PEDICLE, LG, TI
7541112	HOOK, WIDE BLADE, SM, TI
7541113	HOOK, WIDE BLADE, MD, TI
7541114	HOOK, WIDE BLADE, LG, TI
7541122	HOOK, NARROW BLADE, SM, TI
7541123	HOOK, NARROW BLADE, MD, TI
7541124	HOOK, NARROW BLADE, LG, TI
7541133	HOOK, RAMP WIDE BLADE, MD,TI
7541142	HOOK, RAMP NARROW BLADE, SM,TI
7541143	HOOK, RAMP NARROW BLADE, MD,TI

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

7541162	HOOK, LUMBAR ANG BLADE, SM,TI
7541163	HOOK, LUMBAR ANG BLADE, MD,TI
7541172	HOOK, EXTENDED BODY, SM, TI
7541173	HOOK, EXTENDED BODY, MD, TI
7541174	HOOK, EXTENDED BODY, LG, TI
7541188	HOOK, THORACIC ANG BLADE,RT,TI
7541189	HOOK, THORACIC ANG BLADE,LT,TI
7541198	HOOK, OFFSET, RT, TI
7541199	HOOK, OFFSET, LT, TI
7542525	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X25, TI
7542530	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X30, TI
7542535	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X35, TI
7542540	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X40, TI
7542545	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X45, TI
7542550	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X50, TI
7542625	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0X25, TI
7542630	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0X30, TI
7542635	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0X35, TI
7542640	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0X40, TI
7542645	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0X45, TI
7542650	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0X50, TI
7542655	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0X55, TI
7543420	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X20, TI
7543425	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X25, TI
7543430	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X30, TI
7543435	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X35, TI
7543440	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X40, TI
7543445	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X45, TI
7543450	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X50, TI
7543455	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X55, TI
7543525	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5X25, TI
7543530	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5X30, TI
7543535	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5X35, TI
7543540	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5X40, TI
7543545	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5X45, TI
7543550	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5X50, TI
7543555	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5X55, TI
7543625	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5X25, TI
7543630	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5X30, TI
7543635	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5X35, TI
7543640	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5X40, TI
7543645	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5X45, TI
7543650	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5X50, TI
7543655	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5X55, TI
7543660	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5X60, TI
7543730	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X30, TI

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

7543735	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X35, TI
7543740	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X40, TI
7543745	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X45, TI
7543750	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X50, TI
7543755	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X55, TI
7543760	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X60, TI
7543765	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X65, TI
7545535	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X35, TI
7545540	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X40, TI
7545545	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X45, TI
7546540	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X40, TI
7546545	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X45, TI
7546550	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X50, TI
7570955	G4 INTERNAL HEX SET SCREW
7571070	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7571080	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7571090	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7571100	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7571110	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7571120	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7571130	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7571140	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7571150	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7571160	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7571170	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7571180	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7571190	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7571200	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7571220	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7571240	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7571260	STRAIGHT ROD, 5.5MM
7573430	SCREW, CANN, FA, 4.5X30, TI
7573435	SCREW, CANN, FA, 4.5X35, TI
7573440	SCREW, CANN, FA, 4.5X40, TI
7573535	SCREW, CANN, FA, 5.5X35, TI
7573540	SCREW, CANN, FA, 5.5X40, TI
7573545	SCREW, CANN, FA, 5.5X45, TI
7573550	SCREW, CANN, FA, 5.5X50, TI
7573635	SCREW, CANN, FA, 6.5X35, TI
7573640	SCREW, CANN, FA, 6.5X40, TI
7573645	SCREW, CANN, FA, 6.5X45, TI
7573650	SCREW, CANN, FA, 6.5X50, TI
7573655	SCREW, CANN, FA, 6.5X55, TI
7573740	SCREW, CANN, FA, 7.5X40, TI
7573745	SCREW, CANN, FA, 7.5X45, TI
7573750	SCREW, CANN, FA, 7.5X50, TI

GP 282 - 1
ISO 9001 icontec SC 7341 - 1
IQNet CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

7574530	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 4.5X30
7574535	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 4.5X35
7574540	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 4.5X40
7575530	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 5.5X30
7575535	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 5.5X35
7575540	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 5.5X40
7575545	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 5.5X45
7575550	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 5.5X50
7576535	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 6.5X35
7576540	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 6.5X40
7576545	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 6.5X45
7576550	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 6.5X50
7576555	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 6.5X55
7577530	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 7.5X30
7577535	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 7.5X35
7577540	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 7.5X40
7577545	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 7.5X45
7577550	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 7.5X50
7577555	CDH LEGACY 5.5 CANN MAS 7.5X55
7579030	30MM STERILE PERC PEEK ROD
7579035	35MM STERILE PERC PEEK ROD
7579040	40MM STERILE PERC PEEK ROD
7579045	45MM STERILE PERC PEEK ROD
7579050	50MM STERILE PERC PEEK ROD
7640020	SET SCREW, BREAK-OFF, TI
7640120	SET SCREW, NON BREAK-OFF, TI
7641133	HOOK, RAMP WIDE BLADE, TI
7641142	HOOK,RAMP NARROW BLADE, SM,TI
7641143	HOOK,RAMP NARROW BLADE, MED,TI
7641162	HOOK, LUMBAR ANG BLADE, SM,TI
7641163	HOOK, LUMBAR ANG BLADE, MED,TI
7641173	HOOK, EXTENDED BODY, MED,TI
7641174	HOOK, EXTENDED BODY, LARGE,TI
7641188	HOOK, THORACIC ANG BLADE,RT,TI
7641189	HOOK,THORACIC ANG BLADE, LT,TI
7641198	HOOK, OFFSET, RIGHT,TI
7641199	HOOK, OFFSET, LEFT,TI
7641202	HOOK, PEDICLE WITH LIP,SM, TI
7641203	HOOK, PEDICLE WITH LIP,MED,TI
7641204	HOOK, PEDICLE WITH LIP,LG,TI
7641212	HOOK, WIDE BLADE W/SHELF,SM,TI
7641213	HOOK, WIDE BLADE W/SHELF,MD,TI
7641214	HOOK, WIDE BLADE W/SHELF,LG,TI
7641222	HOOK,NARROW BLADEW/SHELF,SM,TI
7641223	HOOK,NARROW BLADEW/SHELF,MD,TI
7641224	HOOK,NARROW BLADEW/SHELF,LG,TI

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012. Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

7642425	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0X25, TI
7642525	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X25, TI
7642530	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X30, TI
7642535	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X35, TI
7642540	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X40, TI
7642545	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X45, TI
7642550	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0X50, TI
7642630	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0X30, TI
7642635	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0X35, TI
7642640	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0X40, TI
7642645	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0X45, TI
7642650	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0X50, TI
7642655	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0X55, TI
7643420	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X20, TI
7643425	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X25, TI
7643430	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X30, TI
7643435	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X35, TI
7643440	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X40, TI
7643445	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X45, TI
7643450	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X50, TI
7643455	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5X55, TI
7643525	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5X25, TI
7643530	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5X30, TI
7643535	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5X35, TI
7643540	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5X40, TI
7643545	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5X45, TI
7643550	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5X50, TI
7643555	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5X55, TI
7643625	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5X25, TI
7643630	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5X30, TI
7643635	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5X35, TI
7643640	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5X40, TI
7643645	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5X45, TI
7643650	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5X50, TI
7643655	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5X55, TI
7643660	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5X60, TI
7643725	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X25, TI
7643730	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X30, TI
7643735	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X35, TI
7643740	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X40, TI
7643745	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X45, TI
7643750	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X50, TI
7643755	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X55, TI
7643760	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X60, TI
7643765	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5X65, TI
7901020	US CDH AGILE 10MM, 5.5MM DIA X 120MM

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

7901040	US CDH AGILE 10MM, 5.5MM DIA X 40MM
7901045	US CDH AGILE 10MM, 5.5MM DIA X 45MM
8110713	ANTERIOR CROSSLINK, 13MM
8110714	ANTERIOR CROSSLINK, 14MM
8110715	ANTERIOR CROSSLINK, 15MM
8110716	ANTERIOR CROSSLINK, 16MM
8110717	ANTERIOR CROSSLINK, 17MM
8110718	ANTERIOR CROSSLINK, 18MM
8110719	ANTERIOR CROSSLINK, 19MM
8110845	BREAKOFF SET SCREW, 10-32, TI
8110855	BREAKOFF SETSCREW, 12-32, TI
8113513	X10 CROSSLINK FOR 3.5ROD, L=13
8113517	X10 CROSSLINK FOR 3.5ROD, L=17
8113521	X10 CROSSLINK FOR 3.5ROD, L=21
8113525	X10 CROSSLINK FOR 3.5ROD, L=25
8113529	X10 CROSSLINK FOR 3.5ROD, L=29
8113533	X10 CROSSLINK FOR 3.5ROD, L=33
8113537	X10 CROSSLINK FOR 3.5ROD, L=37
8114516	16MM X10 CROSSLINK PLATE, 4.5, TI
8114519	19MM X10 CROSSLINK PLATE, 4.5, TI
8114522	22MM X10 CROSSLINK PLATE, 4.5, TI
8114525	25MM X10 CROSSLINK PLATE, 4.5, TI
8114528	28MM X10 CROSSLINK PLATE, 4.5, TI
8114531	31MM X10 CROSSLINK PLATE, 4.5, TI
8114534	34MM X10 CROSSLINK PLATE, 4.5, TI
8114537	37MM X10 CROSSLINK PLATE, 4.5, TI
8114540	40MM X10 CROSSLINK PLATE, 4.5, TI
8115516	16MM X10 CROSSLINK®, 5.5 TI
8115519	19MM X10 CROSSLINK®, 5.5 TI
8115522	22MM X10 CROSSLINK®, 5.5 TI
8115525	25MM X10 CROSSLINK®, 5.5 TI
8115527	28MM X10 CROSSLINK®,TI 5.5
8115528	28-30MM X10 CROSSLINK®, 5.5 TI
8115530	30-34MM X10 CROSSLINK®, 5.5 TI
8115531	31MM X10 CROSSLINK®,TI 5.5
8115534	34-36MM X10 CROSSLINK®, 5.5 TI
8115536	36-39MM X10 CROSSLINK®, 5.5 TI
8115539	39-45MM X10 CROSSLINK®, 5.5 TI
8115545	45-58MM X10 CROSSLINK®, 5.5 TI
8115558	58-80MM X10 CROSSLINK®, 5.5 TI
8116416	16MM X10 CROSSLINK®, 6.35 TI
8116419	19MM X10 CROSSLINK®, 6.35 TI
8116422	22MM X10 CROSSLINK®, 6.35 TI
8116425	25MM X10 CROSSLINK®, 6.35 TI
8116427	28MM X10 CROSSLINK®,6.35TI
8116428	28-30MM X10 CROSSLINK®,6.35 TI

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

8116430	30-34MM X10 CROSSLINK®, 6.35TI
8116431	31MM X10 CROSSLINK®6.35TI
8116434	34-36MM X10 CROSSLINK®,6.35TI
8116436	36-39MM X10 CROSSLINK®, 6.35TI
8116439	39-45MM X10 CROSSLINK®,6.35 TI
8116445	45-58MM X10 CROSSLINK®6.35 TI
8116458	58-80MM X10 CROSSLINK®,6.35 TI
8540002	PEDICLE HOOK
8540018	WIDE BLADE LARGE THROAT HOOK
8540052	THORACIC HOOK
8540611	11 MM ANTERIOR LPC, TI
8540612	12 MM ANTERIOR LPC, TI
8540613	13 MM ANTERIOR LPC, TI
8540614	14 MM ANTERIOR LPC, TI
8540615	15 MM ANTERIOR LPC, TI
8540616	16 MM ANTERIOR LPC, TI
8540617	17 MM ANTERIOR LPC, TI
8544525	DIA 4.5 MM X 25MM BONE SCREW
8544530	DIA 4.5 MM X 30MM BONE SCREW
8544535	DIA 4.5 MM X 35MM BONE SCREW
8545530	DIA 5.5MM X 30MM BONE SCREW
8545535	DIA 5.5MM X 35MM BONE SCREW
8545540	DIA 5.5MM X 40MM BONE SCREW
8548498	19 MM CAUDAL STAPLE, TI
8548499	19 MM ROSTRAL STAPLE, TI
8548500	21 MM CAUDAL STAPLE, TI
8548501	21 MM ROSTRAL STAPLE, TI
8549008	16MM TI LPC FOR 4.5MM ROD
8549009	19MM TI LPC FOR 4.5MM ROD
8549010	22MM TI LPC FOR 4.5MM ROD
8549011	25MM TI LPC FOR 4.5MM ROD
8549012	29MM TI LPC FOR 4.5MM ROD
8549013	32MM TI LPC FOR 4.5MM ROD
8549014	35MM TI LPC FOR 4.5MM ROD
8549015	38MM TI LPC FOR 4.5MM ROD
8549016	4.5MM MULTI-SPAN LPC SMALL
8549017	4.5MM MULTI-SPAN LPC MEDIUM
8549018	4.5MM MULTI-SPAN LPC LARGE
8549300	4.5 - 4.5 OPEN DOMINO, TI
8549301	4.5 - 5.5 OPEN DOMINO, TI
8549305	4.5 MM DOMINO
8549306	4.5MM-5.5MM DOMINO
8590855	M8 BREAK-OFF SET SCREW
8670855	SEXTANT M8 BREAK OFF SCREW
8672030	SEXTANT PRE-BENT CP ROD
8672035	SEXTANT PRE-BENT CP ROD

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

8672040	SEXTANT PRE-BENT CP ROD
8672045	SEXTANT PRE-BENT CP ROD
8672050	SEXTANT PRE-BENT CP ROD
8672055	SEXTANT PRE-BENT CP ROD
8672060	SEXTANT PRE-BENT CP ROD
8672065	SEXTANT PRE-BENT CP ROD
8672070	SEXTANT PRE-BENT CP ROD
8672075	SEXTANT PRE-BENT CP ROD
8672080	SEXTANT PRE-BENT CP ROD
8672085	SEXTANT PRE-BENT CP ROD
8672090	SEXTANT PRE-BENT CP ROD
8672095	SEXTANT PRE-BENT CP ROD
8672100	SEXTANT PRE-BENT CP ROD
8675535	SEXTANT TI M8 MAS 5.5MMX35MM
8675540	SEXTANT TI M8 MAS 5.5MMX40MM
8675545	SEXTANT TI M8 MAS 5.5MMX45MM
8675550	SEXTANT TI M8 MAS 5.5MMX50MM
8676535	SEXTANT TI M8 MAS 6.5MMX35MM
8676540	SEXTANT TI M8 MAS 6.5MMX40MM
8676545	SEXTANT TI M8 MAS 6.5MMX45MM
8676550	SEXTANT TI M8 MAS 6.5MMX50MM
8676555	SEXTANT TI M8 MAS 6.5MMX55MM
8677530	SEXTANT TI M8 MAS 7.5MMX30MM
8677535	SEXTANT TI M8 MAS 7.5MMX35MM
8677540	SEXTANT TI M8 MAS 7.5MMX40MM
8677545	SEXTANT TI M8 MAS 7.5MMX45MM
8690024	5.5MM CCM ROD, L=500MM
8690030	PRE-BENT ROD, 5.5X30, TI
8690040	PRE-BENT ROD, 5.5X40, TI
8690050	PRE-BENT ROD, 5.5X50, TI
8690060	PRE-BENT ROD, 5.5X60, TI
8690070	PRE-BENT ROD, 5.5X70, TI
8690080	PRE-BENT ROD, 5.5X80, TI
8690090	PRE-BENT ROD, 5.5X90, TI
8690100	PRE-BENT ROD, 5.5X100, TI
8690110	PRE-BENT ROD, 5.5X110, TI
8690120	PRE-BENT ROD, 5.5X120, TI
8690853	EXTENDED THREAD SET SCREW, TI
8692540	M8 REDUCTION MAS, TI
8692640	M8 REDUCTION MAS, TI
8695535	5.5MM M8 MULTI AXIAL SCRW L=35
8695550	5.5MM M8 MULTI AXIAL SCRW L=50
8696530	6.5MM M8 MULTI AXIAL SCRW L=30
8696550	6.5MM M8 MULTI AXIAL SCRW L=50
8699050	5.5MM PRE-CUT CP TI ROD
8699055	5.5MM PRE-CUT CP TI ROD

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

8699060	5.5MM PRE-CUT CP TI ROD
8699065	5.5MM PRE-CUT CP TI ROD
8699070	5.5MM PRE-CUT CP TI ROD
8699075	5.5MM PRE-CUT CP TI ROD
8699080	5.5MM PRE-CUT CP TI ROD
8699085	5.5MM PRE-CUT CP TI ROD
8699090	5.5MM PRE-CUT CP TI ROD
8699095	5.5MM PRE-CUT CP TI ROD
8699100	5.5MM PRE-CUT CP TI ROD
9690030	PRE-BENT ROD, 6.35MM, TI
9690040	PRE-BENT ROD, 6.35MM, TI
9690050	PRE-BENT ROD, 6.35MM, TI
9690060	PRE-BENT ROD, 6.35MM, TI
9690070	PRE-BENT ROD, 6.35MM, TI
9690080	PRE-BENT ROD, 6.35MM, TI
9690090	PRE-BENT ROD, 6.35MM, TI
9690100	PRE-BENT ROD, 6.35MM, TI
9690853	M10 EXT THREAD SET SCREW, TI
9692110	M10 TI REDUC. WIDE BLADE HOOK
70465540	CLOSED MAS, 5.5X40, 6.35 ROD, TI
70465550	CLOSED MAS, 5.5X50, 6.35 ROD, TI
70465560	CLOSED MAS, 5.5X60, 6.35 ROD, TI
70466550	CLOSED MAS, 6.5X50, 6.35 ROD, TI
70466560	CLOSED MAS, 6.5X60, 6.35 ROD, TI
70466570	CLOSED MAS, 6.5X70, 6.35 ROD, TI
70467560	CLOSED MAS, 7.5X60, 6.35 ROD, TI
70467570	CLOSED MAS, 7.5X70, 6.35 ROD, TI
70467580	CLOSED MAS, 7.5X80, 6.35 ROD, TI
70468570	CLOSED MAS, 8.5X70, 6.35 ROD, TI
70468580	CLOSED MAS, 8.5X80, 6.35 ROD, TI
70468590	CLOSED MAS, 8.5X90, 6.35 ROD, TI
74444020	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X20, TI
74444025	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X25, TI
74444030	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X30, TI
74444035	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X35, TI
74444040	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X40, TI
74444525	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X25, TI
74444530	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X30, TI
74444535	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X35, TI
74444540	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X40, TI
74445025	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X25, TI
74445030	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X30, TI
74445035	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X35, TI
74445040	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X40, TI
74445045	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X45, TI
74445050	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X50, TI

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

74445525	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X25, TI
74445530	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X30, TI
74445535	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X35, TI
74445540	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X40, TI
74445545	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X45, TI
74445550	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X50, TI
74446525	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X25, TI
74446530	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X30, TI
74446535	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X35, TI
74446540	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X40, TI
74446545	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X45, TI
75444020	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X20, TI
75444025	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X25, TI
75444030	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X30, TI
75444035	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X35, TI
75444040	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X40, TI
75444045	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X45, TI
75444050	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X50, TI
75444520	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X20, TI
75444525	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X25, TI
75444530	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X30, TI
75444535	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X35, TI
75444540	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X40, TI
75444545	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X45, TI
75444550	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X50, TI
75445020	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X20, TI
75445025	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X25, TI
75445030	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X30, TI
75445035	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X35, TI
75445040	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X40, TI
75445045	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X45, TI
75445050	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X50, TI
75445525	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X25, TI
75445530	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X30, TI
75445535	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X35, TI
75445540	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X40, TI
75445545	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X45, TI
75445550	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X50, TI
75445555	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X55, TI
75446025	MULTI AXIAL SCREW, 6.0X25, TI
75446030	MULTI AXIAL SCREW, 6.0X30, TI
75446035	L5.5 MULTI AXIAL SCREW, 6.0X35, TI
75446040	MULTI AXIAL SCREW, 6.0X40, TI
75446045	MULTI AXIAL SCREW, 6.0X45, TI
75446050	MULTI AXIAL SCREW, 6.0X50, TI
75446055	MULTI AXIAL SCREW, 6.0X55, TI

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 292 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

75446060	MULTI AXIAL SCREW, 6.0X60, TI
75446065	MULTI AXIAL SCREW, 6.0X65, TI
75446520	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X20, TI
75446525	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X25, TI
75446530	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X30, TI
75446535	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X35, TI
75446540	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X40, TI
75446545	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X45, TI
75446550	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X50, TI
75446555	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X55, TI
75446560	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X60, TI
75446565	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X65, TI
75447525	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X25, TI
75447530	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X30, TI
75447535	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X35, TI
75447540	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X40, TI
75447545	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X45, TI
75447550	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X50, TI
75447555	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X55, TI
75447560	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X60, TI
75447565	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X65, TI
75447570	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X70, TI
75448525	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X25, TI
75448530	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X30, TI
75448535	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X35, TI
75448540	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X40, TI
75448545	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X45, TI
75448550	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X50, TI
75448555	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X55, TI
75448560	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X60, TI
75448565	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X65, TI
75454530	UNI-AXIAL SCREW, 4.5X30, TI
75454535	UNI-AXIAL SCREW 4.5X35, TI
75454540	UNI-AXIAL SCREW 4.5X40, TI
75455030	UNI-AXIAL SCREW 5.0X30, TI
75455035	UNI-AXIAL SCREW 5.0X35, TI
75455040	UNI-AXIAL SCREW 5.0X40, TI
75455525	UNI-AXIAL SCREW 5.5X25, TI
75455530	UNI-AXIAL SCREW 5.5X30, TI
75455535	UNI-AXIAL SCREW 5.5X35, TI
75455540	UNI-AXIAL SCREW 5.5X40, TI
75455545	UNI-AXIAL SCREW 5.5X45, TI
75455550	UNI-AXIAL SCREW 5.5X50, TI
75456525	UNI-AXIAL SCREW 6.5X25, TI
75456530	UNI-AXIAL SCREW 6.5X30, TI
75456535	UNI-AXIAL SCREW 6.5X35, TI

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 292 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

75456540	UNI-AXIAL SCREW 6.5X40, TI
75456545	UNI-AXIAL SCREW 6.5X45, TI
75456550	UNI-AXIAL SCREW 6.5X50, TI
75456555	UNI-AXIAL SCREW 6.5X55, TI
75457525	UNI-AXIAL SCREW 7.5X25, TI
75457530	UNI-AXIAL SCREW 7.5X30, TI
75457535	UNI-AXIAL SCREW 7.5X35, TI
75457540	UNI-AXIAL SCREW 7.5X40, TI
75457545	UNI-AXIAL SCREW 7.5X45, TI
75457550	UNI-AXIAL SCREW 7.5X50, TI
75457555	UNI-AXIAL SCREW 7.5X55, TI
75464015	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.0X15, TI
75464020	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.0X20, TI
75464025	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.0X25, TI
75464030	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.0X30, TI
75464035	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.0X35, TI
75464040	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.0X40, TI
75464045	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.0X45, TI
75464050	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.0X50, TI
75464055	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.0X55, TI
75464060	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.0X60, TI
75464515	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.5X15, TI
75464520	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.5X20, TI
75464525	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.5X25, TI
75464530	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.5X30, TI
75464535	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.5X35, TI
75464540	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.5X40, TI
75464545	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.5X45, TI
75464550	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.5X50, TI
75464555	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.5X55, TI
75464560	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 4.5X60, TI
75465015	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.0X15, TI
75465020	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.0X20, TI
75465025	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.0X25, TI
75465030	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.0X30, TI
75465035	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.0X35, TI
75465040	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.0X40, TI
75465045	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.0X45, TI
75465050	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.0X50, TI
75465055	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.0X55, TI
75465060	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.0X60, TI
75465515	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.5X15, TI
75465520	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.5X20, TI
75465525	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.5X25, TI
75465530	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.5X30, TI
75465535	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.5X35, TI

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

75465540	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.5X40, TI
75465545	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.5X45, TI
75465550	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.5X50, TI
75465555	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.5X55, TI
75465560	MULTI-AXIAL SCREW, CORTICAL, 5.5X60, TI
75494525	L5.5 REDUCTION MAS, 4.5X25, TI
75494530	L5.5 REDUCTION MAS, 4.5X30, TI
75494535	L5.5 REDUCTION MAS, 4.5X35, TI
75494540	L5.5 REDUCTION MAS, 4.5X40, TI
75495525	L5.5 REDUCTION MAS, 5.5X25, TI
75495530	L5.5 REDUCTION MAS, 5.5X30, TI
75495535	L5.5 REDUCTION MAS, 5.5X35, TI
75495540	L5.5 REDUCTION MAS, 5.5X40, TI
75495545	L5.5 REDUCTION MAS, 5.5X45, TI
75495550	L5.5 REDUCTION MAS, 5.5X50, TI
75496530	L5.5 REDUCTION MAS, 6.5X30, TI
75496535	L5.5 REDUCTION MAS, 6.5X35, TI
75496540	L5.5 REDUCTION MAS, 6.5X40, TI
75496545	L5.5 REDUCTION MAS, 6.5X45, TI
75496550	L5.5 REDUCTION MAS, 6.5X50, TI
75496555	L5.5 REDUCTION MAS, 6.5X55, TI
75497535	L5.5 REDUCTION MAS, 7.5X35, TI
75497540	L5.5 REDUCTION MAS, 7.5X40, TI
75497545	L5.5 REDUCTION MAS, 7.5X45, TI
75497550	L5.5 REDUCTION MAS, 7.5X50, TI
75497555	L5.5 REDUCTION MAS, 7.5X55, TI
76444020	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X20, TI
76444025	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X25, TI
76444030	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X30, TI
76444035	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X35, TI
76444040	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X40, TI
76444045	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X45, TI
76444050	MULTI AXIAL SCREW, 4.0X50, TI
76444520	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X20, TI
76444525	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X25, TI
76444530	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X30, TI
76444535	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X35, TI
76444540	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X40, TI
76444545	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X45, TI
76445020	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X20, TI
76445025	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X25, TI
76445030	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X30, TI
76445035	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X35, TI
76445040	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X40, TI
76445045	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X45, TI
76445050	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X50, TI

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

76445525	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X25, TI
76445530	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X30, TI
76445535	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X35, TI
76445540	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X40, TI
76445545	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X45, TI
76445550	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X50, TI
76445555	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X55, TI
76446025	MULTI AXIAL SCREW, 6.0X25, TI
76446030	MULTI AXIAL SCREW, 6.0X30, TI
76446035	MULTI AXIAL SCREW, 6.0X35, TI
76446040	MULTI AXIAL SCREW, 6.0X40, TI
76446045	MULTI AXIAL SCREW, 6.0X45, TI
76446050	MULTI AXIAL SCREW, 6.0X50, TI
76446055	MULTI AXIAL SCREW, 6.0X55, TI
76446520	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X20, TI
76446525	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X25, TI
76446530	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X30, TI
76446535	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X35, TI
76446540	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X40, TI
76446545	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X45, TI
76446550	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X50, TI
76446555	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X55, TI
76446560	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X60, TI
76446565	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X65, TI
76447525	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X25, TI
76447530	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X30, TI
76447535	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X35, TI
76447540	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X40, TI
76447545	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X45, TI
76447550	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X50, TI
76447555	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X55, TI
76447560	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X60, TI
76447565	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X65, TI
76448525	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X25, TI
76448530	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X30, TI
76448535	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X35, TI
76448540	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X40, TI
76448545	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X45, TI
76448550	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X50, TI
76448555	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X55, TI
76448560	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X60, TI
76448565	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X65, TI
86745535	SEXTANT TI M8 MAS 5.5MMX35MM
86745540	SEXTANT TI M8 MAS 5.5MMX40MM
86745545	SEXTANT TI M8 MAS 5.5MMX45MM
86746535	SEXTANT TI M8 MAS 6.5MMX35MM

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

86746540	SEXTANT TI M8 MAS 6.5MMX40MM
86746545	SEXTANT TI M8 MAS 6.5MMX45MM
86746550	SEXTANT TI M8 MAS 6.5MMX50MM
86944520	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X20, TI
86944525	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X25, TI
86944530	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X30, TI
86944535	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X35, TI
86944540	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X40, TI
86944545	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X45, TI
86944550	MULTI AXIAL SCREW, 4.5X50, TI
86945020	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X20, TI
86945025	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X25, TI
86945030	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X30, TI
86945035	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X35, TI
86945040	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X40, TI
86945045	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X45, TI
86945050	MULTI AXIAL SCREW, 5.0X50, TI
86945520	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X20, TI
86945525	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X25, TI
86945530	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X30, TI
86945535	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X35, TI
86945540	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X40, TI
86945545	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X45, TI
86945550	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X50, TI
86945555	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X55, TI
86945560	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X60, TI
86945565	MULTI AXIAL SCREW, 5.5X65, TI
86946520	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X20, TI
86946525	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X25, TI
86946530	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X30, TI
86946535	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X35, TI
86946540	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X40, TI
86946545	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X45, TI
86946550	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X50, TI
86946555	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X55, TI
86946560	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X60, TI
86946565	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X65, TI
86946570	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X70, TI
86946575	MULTI AXIAL SCREW, 6.5X75, TI
86947520	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X20, TI
86947525	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X25, TI
86947530	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X30, TI
86947535	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X35, TI
86947540	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X40, TI
86947545	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X45, TI
86947550	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X50, TI

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

86947555	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X55, TI
86947560	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X60, TI
86947565	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X65, TI
86947570	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X70, TI
86947575	MULTI AXIAL SCREW, 7.5X75, TI
86948520	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X20, TI
86948525	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X25, TI
86948530	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X30, TI
86948535	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X35, TI
86948540	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X40, TI
86948545	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X45, TI
86948550	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X50, TI
86948555	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X55, TI
86948560	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X60, TI
86948565	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X65, TI
86948570	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X70, TI
86948575	MULTI AXIAL SCREW, 8.5X75, TI
86992320	M8 REDUCTION MAS, 5.0 X 20, TI
86992325	M8 REDUCTION MAS, 5.0 X 25, TI
86992330	M8 REDUCTION MAS, 5.0 X 30, TI
86992335	M8 REDUCTION MAS, 5.0 X 35, TI
86992340	M8 REDUCTION MAS, 5.0 X 40, TI
86992345	M8 REDUCTION MAS, 5.0 X 45, TI
86992350	M8 REDUCTION MAS, 5.0 X 50, TI
86992420	M8 REDUCTION MAS, 4.5 X 20, TI
86992425	M8 REDUCTION MAS, 4.5 X 25, TI
86992430	M8 REDUCTION MAS, 4.5 X 30, TI
86992435	M8 REDUCTION MAS, 4.5 X 35, TI
86992440	M8 REDUCTION MAS, 4.5 X 40, TI
86992445	M8 REDUCTION MAS, 4.5 X 45, TI
86992450	M8 REDUCTION MAS, 4.5 X 50, TI
86992525	M8 REDUCTION MAS, 5.5 X 25, TI
86992530	M8 REDUCTION MAS, 5.5 X 30, TI
86992535	M8 REDUCTION MAS, 5.5 X 35, TI
86992540	M8 REDUCTION MAS, 5.5 X 40, TI
86992545	M8 REDUCTION MAS, 5.5 X 45, TI
86992550	M8 REDUCTION MAS, 5.5 X 50, TI
86992555	M8 REDUCTION MAS, 5.5 X 55, TI
86992625	M8 REDUCTION MAS, 6.5 X 25, TI
86992630	M8 REDUCTION MAS, 6.5 X 30, TI
86992635	M8 REDUCTION MAS, 6.5 X 35, TI
86992640	M8 REDUCTION MAS, 6.5 X 40, TI
86992645	M8 REDUCTION MAS, 6.5 X 45, TI
86992645	M8 REDUCTION MAS, 6.5 X 45, TI
86992650	M8 REDUCTION MAS, 6.5 X 50, TI
86992655	M8 REDUCTION MAS, 6.5 X 55, TI

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologias del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

86992725	M8 REDUCTION MAS, 7.5 X 25, TI
86992730	M8 REDUCTION MAS, 7.5 X 30, TI
86992735	M8 REDUCTION MAS, 7.5 X 35, TI
86992740	M8 REDUCTION MAS, 7.5 X 40, TI
86992745	M8 REDUCTION MAS, 7.5 X 45, TI
86992750	M8 REDUCTION MAS, 7.5 X 50, TI
86992755	M8 REDUCTION MAS, 7.5 X 55, TI
1475000500	4.75mm CHROMALOY ROD L=500mm
1475005030	4.75 CCM SEXTANT 30MM
1475005035	4.75 CCM SEXTANT 35MM
1475005040	4.75 CCM SEXTANT 40MM
1475005045	4.75 CCM SEXTANT 45MM
1475005050	4.75 CCM SEXTANT 50MM
1475005055	4.75 CCM SEXTANT 55MM
1475005060	4.75 CCM SEXTANT 60MM
1475005065	4.75 CCM SEXTANT 65MM
1475005070	4.75 CCM SEXTANT 70MM
1475005075	4.75 CCM SEXTANT 75MM
1475005080	4.75 CCM SEXTANT 80MM
1475501030	PRE-BENT ROD, 4.75X30, CHROMALOY
1475501035	PRE-BENT ROD, 4.75X35, CHROMALOY
1475501040	PRE-BENT ROD, 4.75X40, CHROMALOY
1475501045	PRE-BENT ROD, 4.75X45, CHROMALOY
1475501050	PRE-BENT ROD, 4.75X50, CHROMALOY
1475501055	PRE-BENT ROD, 4.75X55, CHROMALOY
1475501060	PRE-BENT ROD, 4.75X60, CHROMALOY
1475501065	PRE-BENT ROD, 4.75X65, CHROMALOY
1475501070	PRE-BENT ROD, 4.75X70, CHROMALOY
1475501075	PRE-BENT ROD, 4.75X75, CHROMALOY
1475501080	PRE-BENT ROD, 4.75X80, CHROMALOY
1475501085	PRE-BENT ROD, 4.75X85, CHROMALOY
1475501090	PRE-BENT ROD, 4.75X90, CHROMALOY
1475501100	PRE-BENT ROD, 4.75X100, CHROMALOY
1475501110	PRE-BENT ROD, 4.75X110, CHROMALOY
1475501120	PRE-BENT ROD, 4.75X120, CHROMALOY
1476000500	4.75mm CHROMALOY PLUS ROD L=500mm
54840004020	4.0X20 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004025	4.0X25 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004030	4.0X30 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004035	4.0X35 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004040	4.0X40 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004045	4.0X45 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004050	4.0X50 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004055	4.0X55 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004520	4.5x20 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004525	4.5x25 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54840004530	4.5x30 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004535	4.5x35 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004540	4.5x40 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004545	4.5x45 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004550	4.5x50 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004555	4.5x55 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005020	5.0x20 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005025	5.0x25 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005030	5.0x30 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005035	5.0x35 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005040	5.0x40 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005045	5.0x45 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005050	5.0x50 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005055	5.0x55 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005520	5.5x20 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005525	5.5x25 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005530	5.5x30 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005535	5.5x35 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005540	5.5x40 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005545	5.5x45 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005550	5.5x50 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005555	5.5x55 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005560	5.5x60 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006020	6.0x20 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006025	6.0x25 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006030	6.0x30 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006035	6.0x35 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006040	6.0x40 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006045	6.0x45 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006050	6.0x50 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006055	6.0x55 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006060	6.0x60 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006065	6.0x65 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006520	6.5x20 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006525	6.5x25 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006530	6.5x30 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006535	6.5x35 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006540	6.5x40 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006545	6.5x45 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006550	6.5x50 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006555	6.5x55 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006560	6.5x60 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006565	6.5x65 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006570	6.5x70 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006580	6.5x80 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006590	6.5×90 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54840007500	7.5x100 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007520	7.5x20 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007525	7.5x25 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007530	7.5x30 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007535	7.5x35 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007540	7.5x40 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007545	7.5x45 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007550	7.5x50 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007555	7.5x55 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007560	7.5x60 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007565	7.5x65 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007570	7.5x70 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007580	7.5x80 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007590	7.5x90 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008500	8.5x100 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008525	8.5x25 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008530	8.5x30 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008535	8.5x35 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008540	8.5x40 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008545	8.5x45 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008550	8.5x50 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008555	8.5x55 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008560	8.5x60 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008565	8.5x65 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008570	8.5x70 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008580	8.5x80 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008590	8.5x90 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009500	9.5x100 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009525	9.5x25 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009530	9.5x30 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009535	9.5x35 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009540	9.5x40 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009545	9.5x45 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009550	9.5x50 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009555	9.5x55 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009560	9.5x60 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009565	9.5x65 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009570	9.5x70 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009580	9.5x80 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009590	9.5x90 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840015535	CNMAS 5.5 X 35 CC
54840015540	CNMAS 5.5 X 40 CC
54840015545	CNMAS 5.5 X 45 CC
54840015550	CNMAS 5.5 X 50 CC
54840016535	CNMAS 6.5 X 35 CC
54840016540	CNMAS 6.5 X 40 CC

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54840016545	CNMAS 6.5 X 45 CC
54840016550	CNMAS 6.5 X 50 CC
54840016555	CNMAS 6.5 X 55 CC
54840017530	CNMAS 7.5 X 30 CC
54840017535	CNMAS 7.5 X 35 CC
54840017540	CNMAS 7.5 X 40 CC
54840017545	CNMAS 7.5 X 45 CC
811-321	5.5MM LOW PRFL MLT-SPN CRSLNK
811-322	5.5MM LW PRFL MLTSPN CRSLNK
811-323	5.5MM LOW PRFL MLT-SPN CRSLNK
811-421	1/4" LOW PRFL MLT-SPN CRSLNK
811-422	1/4" LOW PRFL MLT-SPN CRSLNK
811-423	1/4" LOW PRFL MLT-SPN CRSLNK
8114528M	28-30MM X10 CROSSLINK PLATE, 4.5, TI
8114530M	30-34MM X10 CROSSLINK PLATE, 4.5, TI
8114534M	34-42MM X10 CROSSLINK PLATE, 4.5, TI
8114541M	41-56MM X10 CROSSLINK PLATE, 4.5, TI
8114555M	55-84MM X10 CROSSLINK PLATE, 4.5, TI
84101H	CD HORIZON WIDE BLADE HOOK
84101SH	CD HOR WIDE BLADE SM GRV HOOK
84118H	THORACIC LAMINAR HOOK
84133H	NARROW THORACIC LAMINAR HOOK
84147ET	DTT #4 WITH TWO MOVING HOOKS
84148LH	LEFT THORACIC LAMINAR HOOK
84148RH	RIGHT THORACIC ANGLED HOOK
84172LH	LEFT OFFSET LAMINAR HOOK
84172RH	RIGHT OFFSET LAMINAR HOOK
84176AH	ANGLE LAMINAR HOOK
84176EH	LAMINAR HOOK W/LENGTHED BODY
84176H	NARROW LAMINAR HOOK
84181H	ILIO-SACRAL DUBOUSSET CONNECT
84190H	PEDICLE HOOK FOR 5.5MM ROD
84505H	DOMINO 5.5/5.5MM
84505HT	DOMINO 5.5/5.5MM
84506HT	DOMINO 5.5/6.35MM
84509HT	AXIAL CONNECTOR 5.5/5.5MM
848-011	4.5MM HEX END ROD
8550012L	5.5MM TI HEX END LINED ROD
845-011	5.5MM HEX END ROD L=20 (51 CM)
855-011	5.5MM HEX END ROD L=20 (51 CM)
855-012	5.5MM DIA X 350MM CP TI ROD
858-001	SS SV PEDICLE HOOK PED 5
858-002	SS SV PEDICLE HOOK
858-010	SS SV WIDE BLADE HOOK
858-012	SS SV WIDE BLADE SM GRV 7 X 5
858-016	SS SV SM NARROW BLADE 4 X 4

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

858-018	SS SV NARROW BLADE LG 5 X 6.5
858-020	SS SV NARROW BLADE HOOK
858-024	SS SV ANGLE BLADE HOOK
858-030	SS SV EXTENDED BODY HOOK
858-052	SS NARROW BLADE RAMPED HOOK
858-102	SS PEDICLE HOOK PED 8
858-112	SS WIDE BLADE SM GRV 7 X 8
858-122	SS NARROW BLADE SM GRV 5 X 8
858-124	SS ANGLE BLADE HOOK
858-130	SS EXTENDED BODY 5 X 9.5
858-150	SS STANDARD BLADE RAMPED
858-152	SS NARROW BLADE RAMPED
858-160	SS RIGHT ANGLED
858-162	SS LEFT ANGLED
858-202	SS LG PEDICLE HOOK
858-218	SS LG GROOVE WIDE BLADE 7 X 11
858-220	SS LG GROOVE 5 X 11
858-230	SS EXTENDED LG GROOVE
858-425	SS FIXED ANGLE SCR 4.5MMX25MM
858-430	SS FIXED ANGLE SCR 4.5MMX30MM
858-435	SS FIXED ANGLE SCR 4.5MMX35MM
858-440	SS FIXED ANGLE SCR 4.5MMX40MM
858-445	SS FIXED ANGLE SCR 4.5MMX45MM
858-450	SS FIXED ANGLE SCR 4.5MMX50MM
858-525	SS FIXED ANGL SCR 5.5MM X 25MM
858-530	SS FIXED ANGL SCR 5.5MM X 30MM
858-535	SS FIXED ANGL SCR 5.5MM X 35MM
858-540	SS FIXED ANGL SCR 5.5MM X 40MM
858-545	SS FIXED ANGL SCR 5.5MM X 45MM
858-550	SS FIXED ANGL SCR 5.5MM X 50MM
858-555	SS FIXED ANGL SCR 5.5MM X 55MM
858-630	SS FIXED ANGL SCR 6.5MM X 30MM
858-635	SS FIXED ANGL SCR 6.5MM X 35MM
858-640	SS FIXED ANGL SCR 6.5MM X 40MM
858-645	SS FIXED ANGL SCR 6.5MM X 45MM
858-650	SS FIXED ANGL SCR 6.5MM X 50MM
858-655	SS FIXED ANGL SCR 6.5MM X 55MM
858-730	SS FIXED ANGL SCR 7.5MM X 30MM
858-735	SS FIXED ANGL SCR 7.5MM X 35MM
858-740	SS FIXED ANGL SCR 7.5MM X 40MM
858-745	SS FIXED ANGL SCR 7.5MM X 45MM
858-750	SS FIXED ANGL SCR 7.5MM X 50MM
858-755	SS FIXED ANGL SCR 7.5MM X 55MM
858-760	SS FIXED ANGL SCR 7.5MM X 60MM
858-855	SS AUTO BREAK OFF M8 SCREW
859-001	TI SV SM PEDICLE HOOK PED 5

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

859-002	SV PEDICAL HOOK
859-010	SV WIDE BLADE HOOK
859-012	TI SV WIDE BLADE SM GRV 7 X 5
859-016	TI SV SM NARROW BLADE 4 X 4
859-018	TI SV NARROW BLADE LG 5 X 6.5
859-020	SV NARROW BLADE HOOK
859-024	SV ANGLED BLADE HOOK
859-030	SV EXTENDED BODY HOOK
859-052	SV NARROW BLADE RAMPED HOOK
859-102	TI PEDICLE HOOK PED 8
859-110	TI WIDE BLADE HOOK 7 X 9.5
859-112	TI WIDE BLADE SM GROOVE 7 X 8
859-120	TI NARROW BLADE 5 X 9.5
859-122	TI NARROW BLADE SM GRV 5 X 8
859-124	TI ANGLE BLADE HOOK
859-130	TI EXTENDED BODY 5 X 9.5
859-140	TI RIGHT OFFSET
859-142	TI LEFT OFFSET
859-150	TI STANDARD BLADE RAMPED
859-152	TI NARROW BLADE RAMPED
859-160	TI RIGHT ANGLED
859-162	TI LEFT ANGLED
859-425	FIXED ANGLE SCREW 4.5MMX25MM
859-430	FIXED ANGLE SCREW 4.5MMX30MM
859-435	FIXED ANGLE SCREW 4.5MMX35MM
859-440	FIXED ANGLE SCREW 4.5MMX40MM
859-445	FIXED ANGLE SCREW 4.5MMX45MM
859-450	FIXED ANGLE SCREW 4.5MMX50MM
859-525	FIXED ANGLE SCREW 5.5MM X 25MM
859-530	FIXED ANGLE SCREW 5.5MM X 30MM
859-535	FIXED ANGLE SCREW 5.5MM X 35MM
859-540	FIXED ANGLE SCREW 5.5MM X 40MM
859-545	FIXED ANGLE SCREW 5.5MM X 45MM
859-550	FIXED ANGLE SCREW 5.5MM X 50MM
859-555	FIXED ANGLE SCREW 5.5MM X 55MM
859-630	FIXED ANGLE SCREW 6.5MM X 30MM
859-635	FIXED ANGLE SCREW 6.5MM X 35MM
859-640	FIXED ANGLE SCREW 6.5MM X 40MM
859-645	FIXED ANGLE SCREW 6.5MM X 45MM
859-650	FIXED ANGLE SCREW 6.5MM X 50MM
859-655	FIXED ANGLE SCREW 6.5MM X 55MM
859-730	FIXED ANGLE SCREW 7.5MM X 30MM
859-735	FIXED ANGLE SCREW 7.5MM X 35MM
859-740	FIXED ANGLE SCREW 7.5MM X 40MM
859-745	FIXED ANGLE SCREW 7.5MM X 45MM
859-750	FIXED ANGLE SCREW 7.5MM X 50MM

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

859-755	FIXED ANGLE SCREW 7.5MM X 55MM
859-760	FIXED ANGLE SCREW 7.5MM X 60MM
859-855	AUTO BREAK OFF M8 SCREW
869-021	5.5MM DIA ROD, LINED TI
869-022	CP4 ROD - 5.5MM LINED L=500MM
89104EHT	BREAK OFF SET SCREW M10
96101SHT	WIDE BLADE SMALL GROOVE HOOK
96102HT	PEDICLE HOOK FOR 6.35 ROD
96107CHT	DTT #4 FOR COMPRESSION
96118HT	STNDRD BLADE RAMPED HOOK 6.35
96118LHT	SMALL LAMINAR HOOK 6.35 ROD
96147HT	DTT #4 WITH TWO MOVING HOOKS
96176HT	NARROW BLADE HOOK FOR 6.35 ROD
96190HT	PEDICLE HOOK FOR 6.35 ROD
96509HT	AXIAL CONNECTOR 6.35/6.35MM
969-012	SEA FOAM GREEN CP ROD
969-022	SEA FOAM GREEN CP ROD W/ LINE

Solera 5.0 y 6.0mm

5440130	SOLERA SET SCREW, NON-BREAK OFF, Ti
5440230	4.75 Reduction Set Screw, Ti
5441101	4.75 PEDICLE HOOK - X-SMALL
5441102	4.75 PEDICLE HOOK - SMALL
5441103	4.75 PEDICLE HOOK - MEDIUM
5441104	4.75 PEDICLE HOOK - LARGE
5441112	4.75 WIDE BLADE HOOK - SMALL
5441113	4.75 WIDE BLADE HOOK - MEDIUM
5441114	4.75 WIDE BLADE HOOK - LARGE
5441122	4.75 NARROW BLADE HOOK-SMALL
5441123	4.75 NARROW BLADE HOOK - MEDIUM
5441124	4.75 NARROW BLADE HOOK - LARGE
5441133	4.75 RAMPED HOOK - WIDE MEDIUM
5441142	4.75 RAMPED HOOK - SMALL
5441143	4.75 RAMPED HOOK - NARROW MEDIUM
5441172	4.75 EXTENDED BODY HOOK - SMALL
5441173	4.75 EXTENDED BODY HOOK - MEDIUM
5441174	4.75 EXTENDED BODY HOOK - LARGE
5441196	4.75 OFFSET HOOK - SMALL RIGHT
5441197	4.75 OFFSET HOOK - SMALL LEFT
5441198	4.75 OFFSET HOOK - LARGE RIGHT
5441199	4.75 OFFSET HOOK - LARGE LEFT
5441302	4.75 TAH PEDICLE HOOK - SMALL
5441303	4.75 TAH PEDICLE HOOK - MEDIUM
5441342	4.75 TAH TRANSVERSE PROCESS HOOK - SMALL
5441343	4.75 TAH TRANSVERSE PROCESS HOOK -MEDIUM
5442144	44/54mm 4.75 MULTI-SPAN X10 CROSSLINK
5442152	52/70mm 4.75 MULTI-SPAN X10 CROSSLINK

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 292 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

5443110	4.75/6.35 TI NS CLSD ILIAC 10MM
5443120	4.75/6.35 TI MS CLSD ILIAC 20MM
5443130	4.75/6.35 TI NS CLSD ILIAC 30MM
5443160	4.75/6.35 TI NS CLSD ILIAC 60MM
5540030	SET SCREW, AUTO-BREAK OFF, TI
5540130	SOLERA 5.5/6.0 SET SCRW, NON-BRK OFF, Ti
5540230	REDUCTION SET SCREW, AUTO BREAK OFF, TI
5540430	SOLERA 5.5 ST SCRW, BRK-OFF, Ti, SEXTANT
1475001030	PRE-BENT ROD, 4.75X30, CHROMALOY
1475001035	PRE-BENT ROD, 4.75X35, CHROMALOY
1475001040	PRE-BENT ROD, 4.75X40, CHROMALOY
1475001045	PRE-BENT ROD, 4.75X45, CHROMALOY
1475001050	PRE-BENT ROD, 4.75X50, CHROMALOY
1475001055	PRE-BENT ROD, 4.75X55, CHROMALOY
1475001060	PRE-BENT ROD, 4.75X60, CHROMALOY
1475001065	PRE-BENT ROD, 4.75X65, CHROMALOY
1475001070	PRE-BENT ROD, 4.75X70, CHROMALOY
1475001075	PRE-BENT ROD, 4.75X75, CHROMALOY
1475001080	PRE-BENT ROD, 4.75X80, CHROMALOY
1475001085	PRE-BENT ROD, 4.75X85, CHROMALOY
1475001090	PRE-BENT ROD, 4.75X90, CHROMALOY
1475001095	PRE-BENT ROD, 4.75X95, CHROMALOY
1475001100	PRE-BENT ROD, 4.75X100, CHROMALOY
1475001105	PRE-BENT ROD, 4.75X105, CHROMALOY
1475001110	PRE-BENT ROD, 4.75X110, CHROMALOY
1475001115	PRE-BENT ROD, 4.75X115, CHROMALOY
1475001120	PRE-BENT ROD, 4.75X120, CHROMALOY
1475501065	PRE-BENT ROD, 4.75X65, CHROMALOY
1475501075	PRE-BENT ROD, 4.75X75, CHROMALOY
1475501085	PRE-BENT ROD, 4.75X85, CHROMALOY
1475501095	PRE-BENT ROD, 4.75X95, CHROMALOY
1475501105	PRE-BENT ROD, 4.75X105, CHROMALOY
1475501115	PRE-BENT ROD, 4.75X115, CHROMALOY
1555000500	5.5mm CHROMALOY ROD, Unlined, L=500mm
1555501030	PRE-BENT ROD, 5.5X30, CHROMALOY
1555501035	PRE-BENT ROD, 5.5X35, CHROMALOY
1555501040	PRE-BENT ROD, 5.5X40, CHROMALOY
1555501045	PRE-BENT ROD, 5.5X45, CHROMALOY
1555501050	PRE-BENT ROD, 5.5X50, CHROMALOY
1555501055	PRE-BENT ROD, 5.5X55, CHROMALOY
1555501060	PRE-BENT ROD, 5.5X60, CHROMALOY
1555501065	PRE-BENT ROD, 5.5X65, CHROMALOY
1555501070	PRE-BENT ROD, 5.5X70, CHROMALOY
1555501075	PRE-BENT ROD, 5.5X75, CHROMALOY
1555501080	PRE-BENT ROD, 5.5X80, CHROMALOY
1555501085	PRE-BENT ROD, 5.5X85, CHROMALOY

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologias del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

1555501090	PRE-BENT ROD, 5.5X90, CHROMALOY
1555501095	PRE-BENT ROD, 5.5X95, CHROMALOY
1555501100	PRE-BENT ROD, 5.5X100, CHROMALOY
1555501105	PRE-BENT ROD, 5.5X105, CHROMALOY
1555501110	PRE-BENT ROD, 5.5X110, CHROMALOY
1555501115	PRE-BENT ROD, 5.5X115, CHROMALOY
1555501120	PRE-BENT ROD, 5.5X120, CHROMALOY
1556000500	CHROMALOY(+) ROD, 5.5 X 500mm
1556001030	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 30mm
1556001035	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 35mm
1556001040	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 40mm
1556001045	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 45mm
1556001050	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 50mm
1556001055	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 55mm
1556001060	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 60mm
1556001065	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 65mm
1556001070	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 70mm
1556001075	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 75mm
1556001080	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 80mm
1556001085	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 85mm
1556001090	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 90mm
1556001095	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 95mm
1556001100	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 100mm
1556001105	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 105mm
1556001110	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 110mm
1556001115	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 115mm
1556001120	CHROMALOY(+) CONTOURED ROD, 5.5 X 120mm
1605000500	6.0mm CHROMALOY ROD, Unlined, L=500mm
1605501030	PRE-BENT ROD, 6.0X30, CHROMALOY
1605501035	PRE-BENT ROD, 6.0X35, CHROMALOY
1605501040	PRE-BENT ROD, 6.0X40, CHROMALOY
1605501045	PRE-BENT ROD, 6.0X45, CHROMALOY
1605501050	PRE-BENT ROD, 6.0X50, CHROMALOY
1605501055	PRE-BENT ROD, 6.0X55, CHROMALOY
1605501060	PRE-BENT ROD, 6.0X60, CHROMALOY
1605501065	PRE-BENT ROD, 6.0X65, CHROMALOY
1605501070	PRE-BENT ROD, 6.0X70, CHROMALOY
1605501075	PRE-BENT ROD, 6.0X75, CHROMALOY
1605501080	PRE-BENT ROD, 6.0X80, CHROMALOY
1605501085	PRE-BENT ROD, 6.0X85, CHROMALOY
1605501090	PRE-BENT ROD, 6.0X90, CHROMALOY
1605501095	PRE-BENT ROD, 6.0X95, CHROMALOY
1605501100	PRE-BENT ROD, 6.0X100, CHROMALOY
1605501105	PRE-BENT ROD, 6.0X105, CHROMALOY
1605501110	PRE-BENT ROD, 6.0X110, CHROMALOY
1605501115	PRE-BENT ROD, 6.0X115, CHROMALOY

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 292 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

1605501120	PRE-BENT ROD, 6.0X120, CHROMALOY
1606000500	6.0mm CHROMALOY PLUS ROD L=500mm
54410001000	FAS 10.0 X 100 TI
54410001011	FAS 10.0 X 110 TI
54410001080	FAS 10.0 X 80 TI
54410001085	FAS 10.0 X 85 TI
54410001090	FAS 10.0 X 90 TI
54410001095	FAS 10.0 X 95 TI
54410001500	FAS 10.5 X 100 TI
54410001511	FAS 10.5 X 110 TI
54410001580	FAS 10.5 X 80 TI
54410001585	FAS 10.5 X 85 TI
54410001590	FAS 10.5 X 90 TI
54410001595	FAS 10.5 X 95 TI
54410004015	FAS 4.0 X 15 TI
54410004020	FAS 4.0 X 20 TI
54410004025	FAS 4.0 X 25 TI
54410004030	FAS 4.0 X 30 TI
54410004035	FAS 4.0 X 35 TI
54410004040	FAS 4.0 X 40 TI
54410004045	FAS 4.0 X 45 TI
54410004050	FAS 4.0 X 50 TI
54410004055	FAS 4.0 X 55 TI
54410004060	FAS 4.0 X 60 TI
54410004065	FAS 4.0 X 65 TI
54410004070	FAS 4.0 X 70 TI
54410004075	FAS 4.0 X 75 TI
54410004080	FAS 4.0 X 80 TI
54410004515	FAS 4.5 X 15 TI
54410004520	FAS 4.5 X 20 TI
54410004525	FAS 4.5 X 25 TI
54410004530	FAS 4.5 X 30 TI
54410004535	FAS 4.5 X 35 TI
54410004540	FAS 4.5 X 40 TI
54410004545	FAS 4.5 X 45 TI
54410004550	FAS 4.5 X 50 TI
54410004555	FAS 4.5 X 55 TI
54410004560	FAS 4.5 X 60 TI
54410004565	FAS 4.5 X 65 TI
54410004570	FAS 4.5 X 70 TI
54410004575	FAS 4.5 X 75 TI
54410004580	FAS 4.5 X 80 TI
54410005015	FAS 5.0 X 15 TI
54410005020	FAS 5.0 X 20 TI
54410005025	FAS 5.0 X 25 TI
54410005030	FAS 5.0 X 30 TI

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54410005035	FAS 5.0 X 35 TI
54410005040	FAS 5.0 X 40 TI
54410005045	FAS 5.0 X 45 TI
54410005050	FAS 5.0 X 50 TI
54410005055	FAS 5.0 X 55 TI
54410005060	FAS 5.0 X 60 TI
54410005065	FAS 5.0 X 65 TI
54410005070	FAS 5.0 X 70 TI
54410005075	FAS 5.0 X 75 TI
54410005080	FAS 5.0 X 80 TI
54410005515	FAS 5.5 X 15 TI
54410005520	FAS 5.5 X 20 TI
54410005525	FAS 5.5 X 25 TI
54410005530	FAS 5.5 X 30 TI
54410005535	FAS 5.5 X 35 TI
54410005540	FAS 5.5 X 40 TI
54410005545	FAS 5.5 X 45 TI
54410005550	FAS 5.5 X 50 TI
54410005555	FAS 5.5 X 55 TI
54410005560	FAS 5.5 X 60 TI
54410005565	FAS 5.5 X 65 TI
54410005570	FAS 5.5 X 70 TI
54410005575	FAS 5.5 X 75 TI
54410005580	FAS 5.5 X 80 TI
54410006015	FAS 6.0 X 15 TI
54410006020	FAS 6.0 X 20 TI
54410006025	FAS 6.0 X 25 TI
54410006030	FAS 6.0 X 30 TI
54410006040	FAS 6.0 X 40 TI
54410006045	FAS 6.0 X 45 TI
54410006050	FAS 6.0 X 50 TI
54410006055	FAS 6.0 X 55 TI
54410006060	FAS 6.0 X 60 TI
54410006065	FAS 6.0 X 65 TI
54410006070	FAS 6.0 X 70 TI
54410006075	FAS 6.0 X 75 TI
54410006080	FAS 6.0 X 80 TI
54410006515	FAS 6.5 X 15 TI
54410006520	FAS 6.5 X 20 TI
54410006525	FAS 6.5 X 25 TI
54410006530	FAS 6.5 X 30 TI
54410006535	FAS 6.5 X 35 TI
54410006540	FAS 6.5 X 40 TI
54410006545	FAS 6.5 X 45 TI
54410006550	FAS 6.5 X 50 TI
54410006555	FAS 6.5 X 55 TI

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 ISO 9001 SC 7341 - 1 IQNet CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54410006560	FAS 6.5 X 60 TI
54410006565	FAS 6.5 X 65 TI
54410006570	FAS 6.5 X 70 TI
54410006575	FAS 6.5 X 75 TI
54410006580	FAS 6.5 X 80 TI
54410007020	FAS 7.0 X 20 TI
54410007025	FAS 7.0 X 25 TI
54410007030	FAS 7.0 X 30 TI
54410007035	FAS 7.0 X 35 TI
54410007040	FAS 7.0 X 40 TI
54410007045	FAS 7.0 X 45 TI
54410007050	FAS 7.0 X 50 TI
54410007055	FAS 7.0 X 55 TI
54410007060	FAS 7.0 X 60 TI
54410007065	FAS 7.0 X 65 TI
54410007070	FAS 7.0 X 70 TI
54410007075	FAS 7.0 X 75 TI
54410007080	FAS 7.0 X 80 TI
54410007500	FAS 7.5 X 100 TI
54410007511	FAS 7.5 X 110 TI
54410007520	FAS 7.5 X 20 TI
54410007525	FAS 7.5 X 25 TI
54410007530	FAS 7.5 X 30 TI
54410007535	FAS 7.5 X 35 TI
54410007540	FAS 7.5 X 40 TI
54410007545	FAS 7.5 X 45 TI
54410007550	FAS 7.5 X 50 TI
54410007555	FAS 7.5 X 55 TI
54410007560	FAS 7.5 X 60 TI
54410007565	FAS 7.5 X 65 TI
54410007570	FAS 7.5 X 70 TI
54410007575	FAS 7.5 X 75 TI
54410007580	FAS 7.5 X 80 TI
54410007585	FAS 7.5 X 85 TI
54410007590	FAS 7.5 X 90 TI
54410007595	FAS 7.5 X 95 TI
54410008000	FAS 8.0 X 100 TI
54410008011	FAS 8.0 X 110 TI
54410008020	FAS 8.0 X 20 TI
54410008025	FAS 8.0 X 25 TI
54410008030	FAS 8.0 X 30 TI
54410008035	FAS 8.0 X 35 TI
54410008040	FAS 8.0 X 40 TI
54410008045	FAS 8.0 X 45 TI
54410008050	FAS 8.0 X 50 TI
54410008055	FAS 8.0 X 55 TI

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54410008060	FAS 8.0 X 60 TI
54410008065	FAS 8.0 X 65 TI
54410008070	FAS 8.0 X 70 TI
54410008075	FAS 8.0 X 75 TI
54410008080	FAS 8.0 X 80 TI
54410008085	FAS 8.0 X 85 TI
54410008090	FAS 8.0 X 90 TI
54410008095	FAS 8.0 X 95 TI
54410008500	FAS 8.5 X 100 TI
54410008511	FAS 8.5 X 110 TI
54410008520	FAS 8.5 X 20 TI
54410008525	FAS 8.5 X 25 TI
54410008530	FAS 8.5 X 30 TI
54410008535	FAS 8.5 X 35 TI
54410008540	FAS 8.5 X 40 TI
54410008545	FAS 8.5 X 45 TI
54410008550	FAS 8.5 X 50 TI
54410008555	FAS 8.5 X 55 TI
54410008560	FAS 8.5 X 60 TI
54410008565	FAS 8.5 X 65 TI
54410008570	FAS 8.5 X 70 TI
54410008575	FAS 8.5 X 75 TI
54410008580	FAS 8.5 X 80 TI
54410008585	FAS 8.5 X 85 TI
54410008590	FAS 8.5 X 90 TI
54410008595	FAS 8.5 X 95 TI
54410009000	FAS 9.0 X 100 TI
54410009011	FAS 9.0 X 110 TI
54410009020	FAS 9.0 X 20 TI
54410009025	FAS 9.0 X 25 TI
54410009030	FAS 9.0 X 30 TI
54410009035	FAS 9.0 X 35 TI
54410009040	FAS 9.0 X 40 TI
54410009045	FAS 9.0 X 45 TI
54410009050	FAS 9.0 X 50 TI
54410009055	FAS 9.0 X 55 TI
54410009060	FAS 9.0 X 60 TI
54410009065	FAS 9.0 X 65 TI
54410009070	FAS 9.0 X 70 TI
54410009075	FAS 9.0 X 75 TI
54410009080	FAS 9.0 X 80 TI
54410009085	FAS 9.0 X 85 TI
54410009090	FAS 9.0 X 90 TI
54410009095	FAS 9.0 X 95 TI
54410009500	FAS 9.5 X 100 TI
54410009511	FAS 9.5 X 110 TI

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001 icontec
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54410009520	FAS 9.5 X 20 TI
54410009525	FAS 9.5 X 25 TI
54410009530	FAS 9.5 X 30 TI
54410009535	FAS 9.5 X 35 TI
54410009540	FAS 9.5 X 40 TI
54410009545	FAS 9.5 X 45 TI
54410009550	FAS 9.5 X 50 TI
54410009555	FAS 9.5 X 55 TI
54410009560	FAS 9.5 X 60 TI
54410009565	FAS 9.5 X 65 TI
54410009570	FAS 9.5 X 70 TI
54410009575	FAS 9.5 X 75 TI
54410009580	FAS 9.5 X 80 TI
54410009585	FAS 9.5 X 85 TI
54410009590	FAS 9.5 X 90 TI
54410009595	FAS 9.5 X 95 TI
54840001000	10.0x100 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840001011	10.0x110 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840001080	10.0x80 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840001085	10.0x85 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840001090	10.0x90 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840001095	10.0x95 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840001500	10.5x100 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840001511	10.5x110 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840001580	10.5x80 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840001585	10.5x85 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840001590	10.5x90 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840001595	10.5x95 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004015	4.0X15 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004060	4.0X60 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004065	4.0X65 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004070	4.0X70 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004075	4.0X75 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004080	4.0X80 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004515	4.5x15 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004560	4.5x60 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004565	4.5x65 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004570	4.5x70 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004575	4.5x75 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840004580	4.5x80 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005015	5.0x15 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005060	5.0x60 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005065	5.0x65 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005070	5.0x70 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005075	5.0x75 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005080	5.0x80 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54840005515	5.5x15 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005565	5.5x65 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005570	5.5x70 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005575	5.5x75 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840005580	5.5x80 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006015	6.0x15 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006070	6.0x70 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006075	6.0x75 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006080	6.0x80 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006515	6.5x15 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840006575	6.5x75 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007020	7.0x20 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007025	7.0x25 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007030	7.0x30 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007035	7.0x35 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007040	7.0x40 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007045	7.0x45 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007050	7.0x50 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007055	7.0x55 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007060	7.0x60 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007065	7.0x65 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007070	7.0x70 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007075	7.0x75 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007080	7.0x80 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007511	7.5x110 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007575	7.5x75 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007585	7.5x85 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840007595	7.5x95 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008000	8.0x100 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008011	8.0x110 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008020	8.0x20 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008025	8.0x25 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008030	8.0x30 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008035	8.0x35 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008040	8.0x40 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008045	8.0x45 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008050	8.0x50 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008055	8.0x55 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008060	8.0x60 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008065	8.0x65 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008070	8.0x70 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008075	8.0x75 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008080	8.0x80 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008085	8.0x85 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008090	8.0x90 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008095	8.0x95 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54840008511	8.5x110 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008520	8.5x20 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008575	8.5x75 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008585	8.5x85 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840008595	8.5x95 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009000	9.0x100 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009011	9.0x110 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009020	9.0x20 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009025	9.0x25 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009030	9.0x30 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009035	9.0x35 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009040	9.0x40 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009045	9.0x45 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009050	9.0x50 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009055	9.0x55 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009060	9.0x60 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009065	9.0x65 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009070	9.0x70 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009075	9.0x75 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009080	9.0x80 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009085	9.0x85 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009090	9.0x90 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009095	9.0x95 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009511	9.5x110 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009520	9.5x20 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009575	9.5x75 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009585	9.5x85 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840009595	9.5x95 MAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54840011000	CNMAS 10.0 X 100 CC
54840011011	CNMAS 10.0 X 110 CC
54840011080	CNMAS 10.0 X 80 CC
54840011085	CNMAS 10.0 X 85 CC
54840011090	CNMAS 10.0 X 90 CC
54840011095	CNMAS 10.0 X 95 CC
54840011500	CNMAS 10.5 X 100 CC
54840011511	CNMAS 10.5 X 110 CC
54840011580	CNMAS 10.5 X 80 CC
54840011585	CNMAS 10.5 X 85 CC
54840011590	CNMAS 10.5 X 90 CC
54840011595	CNMAS 10.5 X 95 CC
54840014515	CNMAS 4.5 X 15 CC
54840014520	CNMAS 4.5 X 20 CC
54840014525	CNMAS 4.5 X 25 CC
54840014530	CNMAS 4.5 X 30 CC
54840014535	CNMAS 4.5 X 35 CC
54840014540	CNMAS 4.5 X 40 CC

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54840014545	CNMAS 4.5 X 45 CC
54840014550	CNMAS 4.5 X 50 CC
54840014555	CNMAS 4.5 X 55 CC
54840014560	CNMAS 4.5 X 60 CC
54840014565	CNMAS 4.5 X 65 CC
54840014570	CNMAS 4.5 X 70 CC
54840014575	CNMAS 4.5 X 75 CC
54840014580	CNMAS 4.5 X 80 CC
54840015015	CNMAS 5.0 X 15 CC
54840015020	CNMAS 5.0 X 20 CC
54840015025	CNMAS 5.0 X 25 CC
54840015030	CNMAS 5.0 X 30 CC
54840015035	CNMAS 5.0 X 35 CC
54840015040	CNMAS 5.0 X 40 CC
54840015045	CNMAS 5.0 X 45 CC
54840015050	CNMAS 5.0 X 50 CC
54840015055	CNMAS 5.0 X 55 CC
54840015060	CNMAS 5.0 X 60 CC
54840015065	CNMAS 5.0 X 65 CC
54840015070	CNMAS 5.0 X 70 CC
54840015075	CNMAS 5.0 X 75 CC
54840015080	CNMAS 5.0 X 80 CC
54840015515	CNMAS 5.5 X 15 CC
54840015520	CNMAS 5.5 X 20 CC
54840015525	CNMAS 5.5 X 25 CC
54840015530	CNMAS 5.5 X 30 CC
54840015555	CNMAS 5.5 X 55 CC
54840015560	CNMAS 5.5 X 60 CC
54840015565	CNMAS 5.5 X 65 CC
54840015570	CNMAS 5.5 X 70 CC
54840015575	CNMAS 5.5 X 75 CC
54840015580	CNMAS 5.5 X 80 CC
54840016015	CNMAS 6.0 X 15 CC
54840016020	CNMAS 6.0 X 20 CC
54840016025	CNMAS 6.0 X 25 CC
54840016030	CNMAS 6.0 X 30 CC
54840016035	CNMAS 6.0 X 35 CC
54840016040	CNMAS 6.0 X 40 CC
54840016045	CNMAS 6.0 X 45 CC
54840016050	CNMAS 6.0 X 50 CC
54840016055	CNMAS 6.0 X 55 CC
54840016060	CNMAS 6.0 X 60 CC
54840016065	CNMAS 6.0 X 65 CC
54840016070	CNMAS 6.0 X 70 CC
54840016075	CNMAS 6.0 X 75 CC
54840016080	CNMAS 6.0 X 80 CC

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54840016515	CNMAS 6.5 X 15 CC
54840016520	CNMAS 6.5 X 20 CC
54840016525	CNMAS 6.5 X 25 CC
54840016530	CNMAS 6.5 X 30 CC
54840016560	CNMAS 6.5 X 60 CC
54840016565	CNMAS 6.5 X 65 CC
54840016570	CNMAS 6.5 X 70 CC
54840016575	CNMAS 6.5 X 75 CC
54840016580	CNMAS 6.5 X 80 CC
54840017020	CNMAS 7.0 X 20 CC
54840017025	CNMAS 7.0 X 25 CC
54840017030	CNMAS 7.0 X 30 CC
54840017035	CNMAS 7.0 X 35 CC
54840017040	CNMAS 7.0 X 40 CC
54840017045	CNMAS 7.0 X 45 CC
54840017050	CNMAS 7.0 X 50 CC
54840017055	CNMAS 7.0 X 55 CC
54840017060	CNMAS 7.0 X 60 CC
54840017065	CNMAS 7.0 X 65 CC
54840017070	CNMAS 7.0 X 70 CC
54840017075	CNMAS 7.0 X 75 CC
54840017080	CNMAS 7.0 X 80 CC
54840017500	CNMAS 7.5 X 100 CC
54840017511	CNMAS 7.5 X 110 CC
54840017520	CNMAS 7.5 X 20 CC
54840017525	CNMAS 7.5 X 25 CC
54840017550	CNMAS 7.5 X 50 CC
54840017555	CNMAS 7.5 X 55 CC
54840017560	CNMAS 7.5 X 60 CC
54840017565	CNMAS 7.5 X 65 CC
54840017570	CNMAS 7.5 X 70 CC
54840017575	CNMAS 7.5 X 75 CC
54840017580	CNMAS 7.5 X 80 CC
54840017585	CNMAS 7.5 X 85 CC
54840017590	CNMAS 7.5 X 90 CC
54840017595	CNMAS 7.5 X 95 CC
54840018000	CNMAS 8.0 X 100 CC
54840018011	CNMAS 8.0 X 110 CC
54840018020	CNMAS 8.0 X 20 CC
54840018025	CNMAS 8.0 X 25 CC
54840018030	CNMAS 8.0 X 30 CC
54840018035	CNMAS 8.0 X 35 CC
54840018040	CNMAS 8.0 X 40 CC
54840018045	CNMAS 8.0 X 45 CC
54840018050	CNMAS 8.0 X 50 CC
54840018055	CNMAS 8.0 X 55 CC

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54840018060	CNMAS 8.0 X 60 CC
54840018065	CNMAS 8.0 X 65 CC
54840018070	CNMAS 8.0 X 70 CC
54840018075	CNMAS 8.0 X 75 CC
54840018080	CNMAS 8.0 X 80 CC
54840018085	CNMAS 8.0 X 85 CC
54840018090	CNMAS 8.0 X 90 CC
54840018095	CNMAS 8.0 X 95 CC
54840018500	CNMAS 8.5 X 100 CC
54840018511	CNMAS 8.5 X 110 CC
54840018520	CNMAS 8.5 X 20 CC
54840018525	CNMAS 8.5 X 25 CC
54840018530	CNMAS 8.5 X 30 CC
54840018535	CNMAS 8.5 X 35 CC
54840018540	CNMAS 8.5 X 40 CC
54840018545	CNMAS 8.5 X 45 CC
54840018550	CNMAS 8.5 X 50 CC
54840018555	CNMAS 8.5 X 55 CC
54840018560	CNMAS 8.5 X 60 CC
54840018565	CNMAS 8.5 X 65 CC
54840018570	CNMAS 8.5 X 70 CC
54840018575	CNMAS 8.5 X 75 CC
54840018580	CNMAS 8.5 X 80 CC
54840018585	CNMAS 8.5 X 85 CC
54840018590	CNMAS 8.5 X 90 CC
54840018595	CNMAS 8.5 X 95 CC
54840019000	CNMAS 9.0 X 100 CC
54840019011	CNMAS 9.0 X 110 CC
54840019020	CNMAS 9.0 X 20 CC
54840019025	CNMAS 9.0 X 25 CC
54840019030	CNMAS 9.0 X 30 CC
54840019035	CNMAS 9.0 X 35 CC
54840019040	CNMAS 9.0 X 40 CC
54840019045	CNMAS 9.0 X 45 CC
54840019050	CNMAS 9.0 X 50 CC
54840019055	CNMAS 9.0 X 55 CC
54840019060	CNMAS 9.0 X 60 CC
54840019065	CNMAS 9.0 X 65 CC
54840019070	CNMAS 9.0 X 70 CC
54840019075	CNMAS 9.0 X 75 CC
54840019080	CNMAS 9.0 X 80 CC
54840019085	CNMAS 9.0 X 85 CC
54840019090	CNMAS 9.0 X 90 CC
54840019095	CNMAS 9.0 X 95 CC
54840019500	CNMAS 9.5 X 100 CC
54840019511	CNMAS 9.5 X 110 CC

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54840019520	CNMAS 9.5 X 20 CC
54840019525	CNMAS 9.5 X 25 CC
54840019530	CNMAS 9.5 X 30 CC
54840019535	CNMAS 9.5 X 35 CC
54840019540	CNMAS 9.5 X 40 CC
54840019545	CNMAS 9.5 X 45 CC
54840019550	CNMAS 9.5 X 50 CC
54840019555	CNMAS 9.5 X 55 CC
54840019560	CNMAS 9.5 X 60 CC
54840019565	CNMAS 9.5 X 65 CC
54840019570	CNMAS 9.5 X 70 CC
54840019575	CNMAS 9.5 X 75 CC
54840019580	CNMAS 9.5 X 80 CC
54840019585	CNMAS 9.5 X 85 CC
54840019590	CNMAS 9.5 X 90 CC
54840019595	CNMAS 9.5 X 95 CC
54890001000	10.0X100 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890001011	10.0X110 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890001080	10.0X80 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890001085	10.0X85 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890001090	10.0X90 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890001095	10.0X95 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890001500	10.5X100 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890001511	10.5X110 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890001580	10.5X80 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890001585	10.5X85 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890001590	10.5X90 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890001595	10.5X95 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004015	4.0X15 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004020	4.0X20 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004025	4.0X25 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004030	4.0X30 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004035	4.0X35 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004040	4.0X40 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004045	4.0X45 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004050	4.0X50 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004055	4.0X55 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004060	4.0X60 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004065	4.0X65 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004070	4.0X70 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004075	4.0X75 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004080	4.0X80 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004515	4.5X15 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004520	4.5X20 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004525	4.5X25 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004530	4.5X30 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54890004535	4.5X35 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004540	4.5X40 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004545	4.5X45 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004550	4.5X50 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004555	4.5X55 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004560	4.5X60 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004565	4.5X65 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004570	4.5X70 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004575	4.5X75 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890004580	4.5X80 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005015	5.0X15 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005020	5.0X20 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005025	5.0X25 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005030	5.0X30 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005035	5.0X35 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005040	5.0X40 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005045	5.0X45 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005050	5.0X50 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005055	5.0X55 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005060	5.0X60 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005065	5.0X65 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005070	5.0X70 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005075	5.0X75 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005080	5.0X80 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005515	5.5X15 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005520	5.5X20 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005525	5.5X25 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005530	5.5X30 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005535	5.5X35 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005540	5.5X40 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005545	5.5X45 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005550	5.5X50 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005555	5.5X55 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005560	5.5X60 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005565	5.5X65 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005570	5.5X70 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005575	5.5X75 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890005580	5.5X80 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006015	6.0X15 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006020	6.0X20 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006025	6.0X25 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006030	6.0X30 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006035	6.0X35 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006040	6.0X40 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006045	6.0X45 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006050	6.0X50 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54890006055	6.0X55 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006060	6.0X60 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006065	6.0X65 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006070	6.0X70 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006075	6.0X75 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006080	6.0X80 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006515	6.5X15 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006520	6.5X20 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006525	6.5X25 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006530	6.5X30 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006535	6.5X35 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006540	6.5X40 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006545	6.5X45 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006550	6.5X50 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006555	6.5X55 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006560	6.5X60 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006565	6.5X65 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006570	6.5X70 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006575	6.5X75 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890006580	6.5X80 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007020	7.0X20 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007025	7.0X25 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007030	7.0X30 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007035	7.0X35 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007040	7.0X40 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007045	7.0X45 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007050	7.0X50 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007055	7.0X55 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007060	7.0X60 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007065	7.0X65 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007070	7.0X70 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007075	7.0X75 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007080	7.0X80 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007500	7.5X100 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007511	7.5X110 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007520	7.5X20 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007525	7.5X25 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007530	7.5X30 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007535	7.5X35 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007540	7.5X40 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007545	7.5X45 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007550	7.5X50 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007555	7.5X55 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007560	7.5X60 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007565	7.5X65 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007570	7.5X70 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54890007575	7.5X75 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007580	7.5X80 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007585	7.5X85 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007590	7.5X90 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890007595	7.5X95 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008000	8.0X100 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008011	8.0X110 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008020	8.0X20 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008025	8.0X25 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008030	8.0X30 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008035	8.0X35 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008040	8.0X40 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008045	8.0X45 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008050	8.0X50 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008055	8.0X55 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008060	8.0X60 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008065	8.0X65 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008070	8.0X70 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008075	8.0X75 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008080	8.0X80 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008085	8.0X85 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008090	8.0X90 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008095	8.0X95 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008500	8.5X100 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008511	8.5X110 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008520	8.5X20 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008525	8.5X25 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008530	8.5X30 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008535	8.5X35 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008540	8.5X40 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008545	8.5X45 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008550	8.5X50 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008555	8.5X55 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008560	8.5X60 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008565	8.5X65 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008570	8.5X70 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008575	8.5X75 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008580	8.5X80 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008585	8.5X85 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008590	8.5X90 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890008595	8.5X95 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009000	9.0X100 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009011	9.0X110 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009020	9.0X20 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009025	9.0X25 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009030	9.0X30 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

54890009035	9.0X35 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009040	9.0X40 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009045	9.0X45 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009050	9.0X50 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009055	9.0X55 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009060	9.0X60 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009065	9.0X65 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009070	9.0X70 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009075	9.0X75 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009080	9.0X80 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009085	9.0X85 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009090	9.0X90 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009095	9.0X95 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009500	9.5X100 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009511	9.5X110 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009520	9.5X20 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009525	9.5X25 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009530	9.5X30 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009535	9.5X35 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009540	9.5X40 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009545	9.5X45 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009550	9.5X50 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009555	9.5X55 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009560	9.5X60 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009565	9.5X65 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009570	9.5X70 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009575	9.5X75 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009580	9.5X80 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009585	9.5X85 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009590	9.5X90 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
54890009595	9.5X95 RMAS ASSEMBLY FOR 4.75 ROD
55410001000	SCREW, FIXED ANGLE, 10.0x100,TI, 5.5/6.0
55410001011	SCREW, FIXED ANGLE, 10.0x110,TI, 5.5/6.0
55410001040	SCREW, FIXED ANGLE, 10.0x40, TI, 5.5/6.0
55410001045	SCREW, FIXED ANGLE, 10.0x45, TI, 5.5/6.0
55410001050	SCREW, FIXED ANGLE, 10.0x50, TI, 5.5/6.0
55410001055	SCREW, FIXED ANGLE, 10.0x55, TI, 5.5/6.0
55410001060	SCREW, FIXED ANGLE, 10.0x60, TI, 5.5/6.0
55410001065	SCREW, FIXED ANGLE, 10.0x65, TI, 5.5/6.0
55410001070	SCREW, FIXED ANGLE, 10.0x70, TI, 5.5/6.0
55410001075	SCREW, FIXED ANGLE, 10.0x75, TI, 5.5/6.0
55410001080	SCREW, FIXED ANGLE, 10.0x80, TI, 5.5/6.0
55410001085	SCREW, FIXED ANGLE, 10.0x85, TI, 5.5/6.0
55410001090	SCREW, FIXED ANGLE, 10.0x90, TI, 5.5/6.0
55410001095	SCREW, FIXED ANGLE, 10.0x95, TI, 5.5/6.0
55410001500	SCREW, FIXED ANGLE, 10.5x100,TI, 5.5/6.0

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55410001511	SCREW, FIXED ANGLE, 10.5x110,TI, 5.5/6.0
55410001540	SCREW, FIXED ANGLE, 10.5x40, TI, 5.5/6.0
55410001545	SCREW, FIXED ANGLE, 10.5x45, TI, 5.5/6.0
55410001550	SCREW, FIXED ANGLE, 10.5x50, TI, 5.5/6.0
55410001555	SCREW, FIXED ANGLE, 10.5x55, TI, 5.5/6.0
55410001560	SCREW, FIXED ANGLE, 10.5x60, TI, 5.5/6.0
55410001565	SCREW, FIXED ANGLE, 10.5x65, TI, 5.5/6.0
55410001570	SCREW, FIXED ANGLE, 10.5x70, TI, 5.5/6.0
55410001575	SCREW, FIXED ANGLE, 10.5x75, TI, 5.5/6.0
55410001580	SCREW, FIXED ANGLE, 10.5x80, TI, 5.5/6.0
55410001585	SCREW, FIXED ANGLE, 10.5x85, TI, 5.5/6.0
55410001590	SCREW, FIXED ANGLE, 10.5x90, TI, 5.5/6.0
55410001595	SCREW, FIXED ANGLE, 10.5x95, TI, 5.5/6.0
55410004015	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0x15, TI, 5.5/6.0
55410004020	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0x20, TI, 5.5/6.0
55410004025	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0x25, TI, 5.5/6.0
55410004030	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0x30, TI, 5.5/6.0
55410004035	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0x35, TI, 5.5/6.0
55410004040	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0x40, TI, 5.5/6.0
55410004045	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0x45, TI, 5.5/6.0
55410004050	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0x50, TI, 5.5/6.0
55410004055	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0x55, TI, 5.5/6.0
55410004060	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0x60, TI, 5.5/6.0
55410004065	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0x65, TI, 5.5/6.0
55410004070	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0x70, TI, 5.5/6.0
55410004075	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0x75, TI, 5.5/6.0
55410004080	SCREW, FIXED ANGLE, 4.0x80, TI, 5.5/6.0
55410004515	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5x15, TI, 5.5/6.0
55410004520	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5x20, TI, 5.5/6.0
55410004525	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5x25, TI, 5.5/6.0
55410004530	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5x30, TI, 5.5/6.0
55410004535	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5x35, TI, 5.5/6.0
55410004540	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5x40, TI, 5.5/6.0
55410004545	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5x45, TI, 5.5/6.0
55410004550	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5x50, TI, 5.5/6.0
55410004555	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5x55, TI, 5.5/6.0
55410004560	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5x60, TI, 5.5/6.0
55410004565	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5x65, TI, 5.5/6.0
55410004570	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5x70, TI, 5.5/6.0
55410004575	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5x75, TI, 5.5/6.0
55410004580	SCREW, FIXED ANGLE, 4.5x80, TI, 5.5/6.0
55410005015	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0x15, TI, 5.5/6.0
55410005020	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0x20, TI, 5.5/6.0
55410005025	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0x25, TI, 5.5/6.0
55410005030	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0x30, TI, 5.5/6.0
55410005035	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0x35, TI, 5.5/6.0

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55410005040	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0x40, TI, 5.5/6.0
55410005045	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0x45, TI, 5.5/6.0
55410005050	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0x50, TI, 5.5/6.0
55410005055	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0x55, TI, 5.5/6.0
55410005060	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0x60, TI, 5.5/6.0
55410005065	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0x65, TI, 5.5/6.0
55410005070	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0x70, TI, 5.5/6.0
55410005075	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0x75, TI, 5.5/6.0
55410005080	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0x80, TI, 5.5/6.0
55410005085	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0x85, TI, 5.5/6.0
55410005090	SCREW, FIXED ANGLE, 5.0x90, TI, 5.5/6.0
55410005515	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5x15, TI, 5.5/6.0
55410005520	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5x20, TI, 5.5/6.0
55410005525	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5x25, TI, 5.5/6.0
55410005530	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5x30, TI, 5.5/6.0
55410005535	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5x35, TI, 5.5/6.0
55410005540	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5x40, TI, 5.5/6.0
55410005545	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5x45, TI, 5.5/6.0
55410005550	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5x50, TI, 5.5/6.0
55410005555	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5x55, TI, 5.5/6.0
55410005560	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5x60, TI, 5.5/6.0
55410005565	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5x65, TI, 5.5/6.0
55410005570	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5x70, TI, 5.5/6.0
55410005575	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5x75, TI, 5.5/6.0
55410005580	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5x80, TI, 5.5/6.0
55410005585	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5x85, TI, 5.5/6.0
55410005590	SCREW, FIXED ANGLE, 5.5x90, TI, 5.5/6.0
55410006000	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x100, TI, 5.5/6.0
55410006011	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x110, TI, 5.5/6.0
55410006015	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x15, TI, 5.5/6.0
55410006020	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x20, TI, 5.5/6.0
55410006025	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x25, TI, 5.5/6.0
55410006030	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x30, TI, 5.5/6.0
55410006035	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x35, TI, 5.5/6.0
55410006040	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x40, TI, 5.5/6.0
55410006045	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x45, TI, 5.5/6.0
55410006050	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x50, TI, 5.5/6.0
55410006055	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x55, TI, 5.5/6.0
55410006060	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x60, TI, 5.5/6.0
55410006065	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x65, TI, 5.5/6.0
55410006070	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x70, TI, 5.5/6.0
55410006075	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x75, TI, 5.5/6.0
55410006080	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x80, TI, 5.5/6.0
55410006085	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x85, TI, 5.5/6.0
55410006090	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x90, TI, 5.5/6.0
55410006095	SCREW, FIXED ANGLE, 6.0x95, TI, 5.5/6.0

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55410006511	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x110, TI, 5.5/6.0
55410006515	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x15, TI, 5.5/6.0
55410006520	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x20, TI, 5.5/6.0
55410006525	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x25, TI, 5.5/6.0
55410006530	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x30, TI, 5.5/6.0
55410006535	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x35, TI, 5.5/6.0
55410006540	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x40, TI, 5.5/6.0
55410006545	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x45, TI, 5.5/6.0
55410006550	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x50, TI, 5.5/6.0
55410006555	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x55, TI, 5.5/6.0
55410006560	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x60, TI, 5.5/6.0
55410006565	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x65, TI, 5.5/6.0
55410006570	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x70, TI, 5.5/6.0
55410006575	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x75, TI, 5.5/6.0
55410006580	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x80, TI, 5.5/6.0
55410006585	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x85, TI, 5.5/6.0
55410006590	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x90, TI, 5.5/6.0
55410006595	SCREW, FIXED ANGLE, 6.5x95, TI, 5.5/6.0
55410007011	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x110, TI, 5.5/6.0
55410007015	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x15, TI, 5.5/6.0
55410007020	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x20, TI, 5.5/6.0
55410007025	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x25, TI, 5.5/6.0
55410007030	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x30, TI, 5.5/6.0
55410007035	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x35, TI, 5.5/6.0
55410007040	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x40, TI, 5.5/6.0
55410007045	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x45, TI, 5.5/6.0
55410007050	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x50, TI, 5.5/6.0
55410007055	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x55, TI, 5.5/6.0
55410007060	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x60, TI, 5.5/6.0
55410007065	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x65, TI, 5.5/6.0
55410007070	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x70, TI, 5.5/6.0
55410007075	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x75, TI, 5.5/6.0
55410007080	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x80, TI, 5.5/6.0
55410007085	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x85, TI, 5.5/6.0
55410007090	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x90, TI, 5.5/6.0
55410007095	SCREW, FIXED ANGLE, 7.0x95, TI, 5.5/6.0
55410007500	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x100, TI, 5.5/6.0
55410007511	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x110, TI, 5.5/6.0
55410007515	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x15, TI, 5.5/6.0
55410007520	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x20, TI, 5.5/6.0
55410007525	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x25, TI, 5.5/6.0
55410007530	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x30, TI, 5.5/6.0
55410007535	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x35, TI, 5.5/6.0
55410007540	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x40, TI, 5.5/6.0
55410007545	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x45, TI, 5.5/6.0
55410007550	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x50, TI, 5.5/6.0

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55410007555	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x55, TI, 5.5/6.0
55410007560	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x60, TI, 5.5/6.0
55410007565	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x65, TI, 5.5/6.0
55410007570	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x70, TI, 5.5/6.0
55410007575	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x75, TI, 5.5/6.0
55410007580	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x80, TI, 5.5/6.0
55410007585	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x85, TI, 5.5/6.0
55410007590	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x90, TI, 5.5/6.0
55410007595	SCREW, FIXED ANGLE, 7.5x95, TI, 5.5/6.0
55410008000	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x100, TI, 5.5/6.0
55410008011	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x110, TI, 5.5/6.0
55410008015	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x15, TI, 5.5/6.0
55410008020	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x20, TI, 5.5/6.0
55410008025	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x25, TI, 5.5/6.0
55410008030	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x30, TI, 5.5/6.0
55410008035	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x35, TI, 5.5/6.0
55410008040	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x40, TI, 5.5/6.0
55410008045	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x45, TI, 5.5/6.0
55410008050	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x50, TI, 5.5/6.0
55410008055	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x55, TI, 5.5/6.0
55410008060	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x60, TI, 5.5/6.0
55410008065	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x65, TI, 5.5/6.0
55410008070	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x70, TI, 5.5/6.0
55410008075	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x75, TI, 5.5/6.0
55410008080	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x80, TI, 5.5/6.0
55410008085	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x85, TI, 5.5/6.0
55410008090	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x90, TI, 5.5/6.0
55410008095	SCREW, FIXED ANGLE, 8.0x95, TI, 5.5/6.0
55410008500	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x100, TI, 5.5/6.0
55410008511	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x110, TI, 5.5/6.0
55410008515	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x15, TI, 5.5/6.0
55410008520	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x20, TI, 5.5/6.0
55410008525	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x25, TI, 5.5/6.0
55410008530	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x30, TI, 5.5/6.0
55410008535	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x35, TI, 5.5/6.0
55410008540	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x40, TI, 5.5/6.0
55410008545	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x45, TI, 5.5/6.0
55410008550	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x50, TI, 5.5/6.0
55410008555	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x55, TI, 5.5/6.0
55410008560	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x60, TI, 5.5/6.0
55410008565	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x65, TI, 5.5/6.0
55410008570	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x70, TI, 5.5/6.0
55410008575	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x75, TI, 5.5/6.0
55410008580	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x80, TI, 5.5/6.0
55410008585	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x85, TI, 5.5/6.0
55410008590	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x90, TI, 5.5/6.0

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55410008595	SCREW, FIXED ANGLE, 8.5x95, TI, 5.5/6.0
55410009000	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x100, TI, 5.5/6.0
55410009011	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x110, TI, 5.5/6.0
55410009015	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x15, TI, 5.5/6.0
55410009020	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x20, TI, 5.5/6.0
55410009025	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x25, TI, 5.5/6.0
55410009030	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x30, TI, 5.5/6.0
55410009035	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x35, TI, 5.5/6.0
55410009040	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x40, TI, 5.5/6.0
55410009045	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x45, TI, 5.5/6.0
55410009050	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x50, TI, 5.5/6.0
55410009055	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x55, TI, 5.5/6.0
55410009060	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x60, TI, 5.5/6.0
55410009065	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x65, TI, 5.5/6.0
55410009070	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x70, TI, 5.5/6.0
55410009075	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x75, TI, 5.5/6.0
55410009080	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x80, TI, 5.5/6.0
55410009085	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x85, TI, 5.5/6.0
55410009090	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x90, TI, 5.5/6.0
55410009095	SCREW, FIXED ANGLE, 9.0x95, TI, 5.5/6.0
55410009500	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x100, TI, 5.5/6.0
55410009511	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x110, TI, 5.5/6.0
55410009515	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x15, TI, 5.5/6.0
55410009520	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x20, TI, 5.5/6.0
55410009525	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x25, TI, 5.5/6.0
55410009530	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x30, TI, 5.5/6.0
55410009535	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x35, TI, 5.5/6.0
55410009540	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x40, TI, 5.5/6.0
55410009545	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x45, TI, 5.5/6.0
55410009550	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x50, TI, 5.5/6.0
55410009555	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x55, TI, 5.5/6.0
55410009560	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x60, TI, 5.5/6.0
55410009565	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x65, TI, 5.5/6.0
55410009570	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x70, TI, 5.5/6.0
55410009575	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x75, TI, 5.5/6.0
55410009580	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x80, TI, 5.5/6.0
55410009585	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x85, TI, 5.5/6.0
55410009590	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x90, TI, 5.5/6.0
55410009595	SCREW, FIXED ANGLE, 9.5x95, TI, 5.5/6.0
55840001000	5.5/6.0 MAS, 10.0 DIA X 100 Screw
55840001011	5.5/6.0 MAS, 10.0 DIA X 110 Screw
55840001040	5.5/6.0 MAS, 10.0 DIA X 40 Screw
55840001045	5.5/6.0 MAS, 10.0 DIA X 45 Screw
55840001050	5.5/6.0 MAS, 10.0 DIA X 50 Screw
55840001055	5.5/6.0 MAS, 10.0 DIA X 55 Screw
55840001060	5.5/6.0 MAS, 10.0 DIA X 60 Screw

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55840001065	5.5/6.0 MAS, 10.0 DIA X 65 Screw
55840001070	5.5/6.0 MAS, 10.0 DIA X 70 Screw
55840001075	5.5/6.0 MAS, 10.0 DIA X 75 Screw
55840001080	5.5/6.0 MAS, 10.0 DIA X 80 Screw
55840001085	5.5/6.0 MAS, 10.0 DIA X 85 Screw
55840001090	5.5/6.0 MAS, 10.0 DIA X 90 Screw
55840001095	5.5/6.0 MAS, 10.0 DIA X 95 Screw
55840001500	5.5/6.0 MAS, 10.5 DIA X 100 Screw
55840001511	5.5/6.0 MAS, 10.5 DIA X 110 Screw
55840001540	5.5/6.0 MAS, 10.5 DIA X 40 Screw
55840001545	5.5/6.0 MAS, 10.5 DIA X 45 Screw
55840001550	5.5/6.0 MAS, 10.5 DIA X 50 Screw
55840001555	5.5/6.0 MAS, 10.5 DIA X 55 Screw
55840001560	5.5/6.0 MAS, 10.5 DIA X 60 Screw
55840001565	5.5/6.0 MAS, 10.5 DIA X 65 Screw
55840001570	5.5/6.0 MAS, 10.5 DIA X 70 Screw
55840001575	5.5/6.0 MAS, 10.5 DIA X 75 Screw
55840001580	5.5/6.0 MAS, 10.5 DIA X 80 Screw
55840001585	5.5/6.0 MAS, 10.5 DIA X 85 Screw
55840001590	5.5/6.0 MAS, 10.5 DIA X 90 Screw
55840001595	5.5/6.0 MAS, 10.5 DIA X 95 Screw
55840004015	5.5/6.0 MAS, 4.0 DIA X 15 SCREW
55840004020	5.5/6.0 MAS, 4.0 DIA X 20 SCREW
55840004025	5.5/6.0 MAS, 4.0 DIA X 25 SCREW
55840004030	5.5/6.0 MAS, 4.0 DIA X 30 SCREW
55840004035	5.5/6.0 MAS, 4.0 DIA X 35 SCREW
55840004040	5.5/6.0 MAS, 4.0 DIA X 40 SCREW
55840004045	5.5/6.0 MAS, 4.0 DIA X 45 SCREW
55840004050	5.5/6.0 MAS, 4.0 DIA X 50 SCREW
55840004055	5.5/6.0 MAS, 4.0 DIA X 55 SCREW
55840004060	5.5/6.0 MAS, 4.0 DIA X 60 SCREW
55840004065	5.5/6.0 MAS, 4.0 DIA X 65 SCREW
55840004070	5.5/6.0 MAS, 4.0 DIA X 70 SCREW
55840004075	5.5/6.0 MAS, 4.0 DIA X 75 SCREW
55840004080	5.5/6.0 MAS, 4.0 DIA X 80 SCREW
55840004515	5.5/6.0 MAS, 4.5 DIA X 15 SCREW
55840004520	5.5/6.0 MAS, 4.5 DIA X 20 SCREW
55840004525	5.5/6.0 MAS, 4.5 DIA X 25 SCREW
55840004530	5.5/6.0 MAS, 4.5 DIA X 30 Screw
55840004535	5.5/6.0 MAS, 4.5 DIA X 35 Screw
55840004540	5.5/6.0 MAS, 4.5 DIA X 40 Screw
55840004545	5.5/6.0 MAS, 4.5 DIA X 45 Screw
55840004550	5.5/6.0 MAS, 4.5 DIA X 50 Screw
55840004555	5.5/6.0 MAS, 4.5 DIA X 55 Screw
55840004560	5.5/6.0 MAS, 4.5 DIA X 60 Screw
55840004565	5.5/6.0 MAS, 4.5 DIA X 65 Screw

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55840004570	5.5/6.0 MAS, 4.5 DIA X 70 Screw
55840004575	5.5/6.0 MAS, 4.5 DIA X 75 Screw
55840004580	5.5/6.0 MAS, 4.5 DIA X 80 Screw
55840005015	5.5/6.0 MAS, 5.0 DIA X 15 SCREW
55840005020	5.5/6.0 MAS, 5.0 DIA X 20 SCREW
55840005025	5.5/6.0 MAS, 5.0 DIA X 25 SCREW
55840005030	5.5/6.0 MAS, 5.0 DIA X 30 Screw
55840005035	5.5/6.0 MAS, 5.0 DIA X 35 Screw
55840005040	5.5/6.0 MAS, 5.0 DIA X 40 Screw
55840005045	5.5/6.0 MAS, 5.0 DIA X 45 Screw
55840005050	5.5/6.0 MAS, 5.0 DIA X 50 Screw
55840005055	5.5/6.0 MAS, 5.0 DIA X 55 Screw
55840005060	5.5/6.0 MAS, 5.0 DIA X 60 Screw
55840005065	5.5/6.0 MAS, 5.0 DIA X 65 Screw
55840005070	5.5/6.0 MAS, 5.0 DIA X 70 Screw
55840005075	5.5/6.0 MAS, 5.0 DIA X 75 Screw
55840005080	5.5/6.0 MAS, 5.0 DIA X 80 Screw
55840005085	5.5/6.0 MAS, 5.0 DIA X 85 Screw
55840005090	5.5/6.0 MAS, 5.0 DIA X 90 Screw
55840005515	5.5/6.0 MAS, 5.5 DIA X 15 SCREW
55840005520	5.5/6.0 MAS, 5.5 DIA X 20 SCREW
55840005525	5.5/6.0 MAS, 5.5 DIA X 25 SCREW
55840005530	5.5/6.0 MAS, 5.5 DIA X 30 SCREW
55840005535	5.5/6.0 MAS, 5.5 DIA X 35 SCREW
55840005540	5.5/6.0 MAS, 5.5 DIA X 40 SCREW
55840005545	5.5/6.0 MAS, 5.5 DIA X 45 SCREW
55840005550	5.5/6.0 MAS, 5.5 DIA X 50 SCREW
55840005555	5.5/6.0 MAS, 5.5 DIA X 55 SCREW
55840005560	5.5/6.0 MAS, 5.5 DIA X 60 SCREW
55840005565	5.5/6.0 MAS, 5.5 DIA X 65 SCREW
55840005570	5.5/6.0 MAS, 5.5 DIA X 70 SCREW
55840005575	5.5/6.0 MAS, 5.5 DIA X 75 SCREW
55840005580	5.5/6.0 MAS, 5.5 DIA X 80 SCREW
55840005585	5.5/6.0 MAS, 5.5 DIA X 85 SCREW
55840005590	5.5/6.0 MAS, 5.5 DIA X 90 SCREW
55840006000	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 100 Screw
55840006011	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 110 Screw
55840006015	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 15 SCREW
55840006020	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 20 SCREW
55840006025	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 25 SCREW
55840006030	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 30 Screw
55840006035	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 35 Screw
55840006040	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 40 Screw
55840006045	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 45 Screw
55840006050	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 50 Screw
55840006055	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 55 Screw

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55840006060	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 60 Screw
55840006065	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 65 Screw
55840006070	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 70 Screw
55840006075	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 75 Screw
55840006080	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 80 Screw
55840006085	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 85 Screw
55840006090	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 90 Screw
55840006095	5.5/6.0 MAS, 6.0 DIA X 95 Screw
55840006511	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 110 SCREW
55840006515	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 15 SCREW
55840006520	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 20 SCREW
55840006525	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 25 SCREW
55840006530	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 30 SCREW
55840006535	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 35 SCREW
55840006540	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 40 SCREW
55840006545	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 45 SCREW
55840006550	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 50 SCREW
55840006555	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 55 SCREW
55840006560	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 60 SCREW
55840006565	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 65 SCREW
55840006570	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 70 SCREW
55840006575	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 75 SCREW
55840006580	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 80 SCREW
55840006585	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 85 SCREW
55840006590	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 90 SCREW
55840006595	5.5/6.0 MAS, 6.5 DIA X 95 SCREW
55840007011	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 110 Screw
55840007015	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 15 SCREW
55840007020	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 20 SCREW
55840007025	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 25 SCREW
55840007030	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 30 Screw
55840007035	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 35 Screw
55840007040	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 40 Screw
55840007045	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 45 Screw
55840007050	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 50 Screw
55840007055	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 55 Screw
55840007060	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 60 Screw
55840007065	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 65 Screw
55840007070	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 70 Screw
55840007075	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 75 Screw
55840007080	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 80 Screw
55840007085	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 85 Screw
55840007090	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 90 Screw
55840007095	5.5/6.0 MAS, 7.0 DIA X 95 Screw
55840007500	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 100 Screw
55840007511	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 110 Screw

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologias del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55840007515	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 15 SCREW
55840007520	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 20 SCREW
55840007525	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 25 SCREW
55840007530	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 30 Screw
55840007535	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 35 Screw
55840007540	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 40 Screw
55840007545	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 45 Screw
55840007550	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 50 Screw
55840007555	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 55 Screw
55840007560	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 60 Screw
55840007565	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 65 Screw
55840007570	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 70 Screw
55840007575	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 75 Screw
55840007580	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 80 Screw
55840007585	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 85 Screw
55840007590	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 90 Screw
55840007595	5.5/6.0 MAS, 7.5 DIA X 95 Screw
55840008000	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 100 Screw
55840008011	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 110 Screw
55840008015	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 15 SCREW
55840008020	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 20 SCREW
55840008025	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 25 SCREW
55840008030	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 30 Screw
55840008035	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 35 Screw
55840008040	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 40 Screw
55840008045	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 45 Screw
55840008050	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 50 Screw
55840008055	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 55 Screw
55840008060	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 60 Screw
55840008065	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 65 Screw
55840008070	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 70 Screw
55840008075	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 75 Screw
55840008080	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 80 Screw
55840008085	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 85 Screw
55840008090	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 90 Screw
55840008095	5.5/6.0 MAS, 8.0 DIA X 95 Screw
55840008500	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 100 Screw
55840008511	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 110 Screw
55840008515	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 15 SCREW
55840008520	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 20 SCREW
55840008525	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 25 SCREW
55840008530	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 30 Screw
55840008535	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 35 Screw
55840008540	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 40 Screw
55840008545	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 45 Screw
55840008550	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 50 Screw

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 292 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55840008555	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 55 Screw
55840008560	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 60 Screw
55840008565	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 65 Screw
55840008570	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 70 Screw
55840008575	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 75 Screw
55840008580	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 80 Screw
55840008585	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 85 Screw
55840008590	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 90 Screw
55840008595	5.5/6.0 MAS, 8.5 DIA X 95 Screw
55840009000	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 100 Screw
55840009011	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 110 Screw
55840009015	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 15 SCREW
55840009020	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 20 SCREW
55840009025	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 25 SCREW
55840009030	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 30 Screw
55840009035	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 35 Screw
55840009040	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 40 Screw
55840009045	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 45 Screw
55840009050	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 50 Screw
55840009055	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 55 Screw
55840009060	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 60 Screw
55840009065	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 65 Screw
55840009070	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 70 Screw
55840009075	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 75 Screw
55840009080	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 80 Screw
55840009085	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 85 Screw
55840009090	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 90 Screw
55840009095	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 95 Screw
55840009500	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 100 Screw
55840009511	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 110 Screw
55840009515	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 15 SCREW
55840009520	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 20 SCREW
55840009525	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 25 SCREW
55840009530	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 30 Screw
55840009535	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 35 Screw
55840009540	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 40 Screw
55840009545	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 45 Screw
55840009550	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 50 Screw
55840009555	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 55 Screw
55840009560	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 60 Screw
55840009565	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 65 Screw
55840009570	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 70 Screw
55840009575	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 75 Screw
55840009580	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 80 Screw
55840009585	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 85 Screw
55840009590	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 90 Screw

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001 icontec SC 7341 - 1
IQNet CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55840009595	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 95 Screw
55840011000	5.5/6.0 CnMAS, 10.0 DIA X 100 Screw
55840011011	5.5/6.0 CnMAS, 10.0 DIA X 110 Screw
55840011040	5.5/6.0 CnMAS, 10.0 DIA X 40 Screw
55840011045	5.5/6.0 CnMAS, 10.0 DIA X 45 Screw
55840011050	5.5/6.0 CnMAS, 10.0 DIA X 50 Screw
55840011055	5.5/6.0 CnMAS, 10.0 DIA X 55 Screw
55840011060	5.5/6.0 CnMAS, 10.0 DIA X 60 Screw
55840011065	5.5/6.0 CnMAS, 10.0 DIA X 65 Screw
55840011070	5.5/6.0 CnMAS, 10.0 DIA X 70 Screw
55840011075	5.5/6.0 CnMAS, 10.0 DIA X 75 Screw
55840011080	5.5/6.0 CnMAS, 10.0 DIA X 80 Screw
55840011085	5.5/6.0 CnMAS, 10.0 DIA X 85 Screw
55840011090	5.5/6.0 CnMAS, 10.0 DIA X 90 Screw
55840011095	5.5/6.0 CnMAS, 10.0 DIA X 95 Screw
55840011500	5.5/6.0 CnMAS, 10.5 DIA X 100 Screw
55840011511	5.5/6.0 CnMAS, 10.5 DIA X 110 Screw
55840011540	5.5/6.0 CnMAS, 10.5 DIA X 40 Screw
55840011545	5.5/6.0 CnMAS, 10.5 DIA X 45 Screw
55840011550	5.5/6.0 CnMAS, 10.5 DIA X 50 Screw
55840011555	5.5/6.0 CnMAS, 10.5 DIA X 55 Screw
55840011560	5.5/6.0 CnMAS, 10.5 DIA X 60 Screw
55840011565	5.5/6.0 CnMAS, 10.5 DIA X 65 Screw
55840011570	5.5/6.0 CnMAS, 10.5 DIA X 70 Screw
55840011575	5.5/6.0 CnMAS, 10.5 DIA X 75 Screw
55840011580	5.5/6.0 CnMAS, 10.5 DIA X 80 Screw
55840011585	5.5/6.0 CnMAS, 10.5 DIA X 85 Screw
55840011590	5.5/6.0 CnMAS, 10.5 DIA X 90 Screw
55840011595	5.5/6.0 CnMAS, 10.5 DIA X 95 Screw
55840014515	5.5/6.0 CnMAS, 4.5 DIA X 15 SCREW
55840014520	5.5/6.0 CnMAS, 4.5 DIA X 20 SCREW
55840014525	5.5/6.0 CnMAS, 4.5 DIA X 25 SCREW
55840014530	5.5/6.0 CnMAS, 4.5 DIA X 30 Screw
55840014535	5.5/6.0 CnMAS, 4.5 DIA X 35 Screw
55840014540	5.5/6.0 CnMAS, 4.5 DIA X 40 Screw
55840014545	5.5/6.0 CnMAS, 4.5 DIA X 45 Screw
55840014550	5.5/6.0 CnMAS, 4.5 DIA X 50 Screw
55840014555	5.5/6.0 CnMAS, 4.5 DIA X 55 Screw
55840014560	5.5/6.0 CnMAS, 4.5 DIA X 60 Screw
55840014565	5.5/6.0 CnMAS, 4.5 DIA X 65 Screw
55840014570	5.5/6.0 CnMAS, 4.5 DIA X 70 Screw
55840014575	5.5/6.0 CnMAS, 4.5 DIA X 75 Screw
55840014580	5.5/6.0 CnMAS, 4.5 DIA X 80 Screw
55840015015	5.5/6.0 CnMAS, 5.0 DIA X 15 SCREW
55840015020	5.5/6.0 CnMAS, 5.0 DIA X 20 SCREW
55840015025	5.5/6.0 CnMAS, 5.0 DIA X 25 SCREW

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55840015030	5.5/6.0 CnMAS, 5.0 DIA X 30 Screw
55840015035	5.5/6.0 CnMAS, 5.0 DIA X 35 Screw
55840015040	5.5/6.0 CnMAS, 5.0 DIA X 40 Screw
55840015045	5.5/6.0 CnMAS, 5.0 DIA X 45 Screw
55840015050	5.5/6.0 CnMAS, 5.0 DIA X 50 Screw
55840015055	5.5/6.0 CnMAS, 5.0 DIA X 55 Screw
55840015060	5.5/6.0 CnMAS, 5.0 DIA X 60 Screw
55840015065	5.5/6.0 CnMAS, 5.0 DIA X 65 Screw
55840015070	5.5/6.0 CnMAS, 5.0 DIA X 70 Screw
55840015075	5.5/6.0 CnMAS, 5.0 DIA X 75 Screw
55840015080	5.5/6.0 CnMAS, 5.0 DIA X 80 Screw
55840015085	5.5/6.0 CnMAS, 5.0 DIA X 85 Screw
55840015090	5.5/6.0 CnMAS, 5.0 DIA X 90 Screw
55840015515	5.5/6.0 CnMAS, 5.5 DIA X 15 SCREW
55840015520	5.5/6.0 CnMAS, 5.5 DIA X 20 SCREW
55840015525	5.5/6.0 CnMAS, 5.5 DIA X 25 SCREW
55840015530	5.5/6.0 CnMAS, 5.5 DIA X 30 SCREW
55840015535	5.5/6.0 CnMAS, 5.5 DIA X 35 SCREW
55840015540	5.5/6.0 CnMAS, 5.5 DIA X 40 SCREW
55840015545	5.5/6.0 CnMAS, 5.5 DIA X 45 SCREW
55840015550	5.5/6.0 CnMAS, 5.5 DIA X 50 SCREW
55840015555	5.5/6.0 CnMAS, 5.5 DIA X 55 SCREW
55840015560	5.5/6.0 CnMAS, 5.5 DIA X 60 SCREW
55840015565	5.5/6.0 CnMAS, 5.5 DIA X 65 SCREW
55840015570	5.5/6.0 CnMAS, 5.5 DIA X 70 SCREW
55840015575	5.5/6.0 CnMAS, 5.5 DIA X 75 SCREW
55840015580	5.5/6.0 CnMAS, 5.5 DIA X 80 SCREW
55840015585	5.5/6.0 CnMAS, 5.5 DIA X 85 SCREW
55840015590	5.5/6.0 CnMAS, 5.5 DIA X 90 SCREW
55840016011	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 110 Screw
55840016015	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 15 SCREW
55840016020	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 20 SCREW
55840016025	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 25 SCREW
55840016030	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 30 Screw
55840016035	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 35 Screw
55840016040	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 40 Screw
55840016045	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 45 Screw
55840016050	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 50 Screw
55840016055	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 55 Screw
55840016060	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 60 Screw
55840016065	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 65 Screw
55840016070	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 70 Screw
55840016075	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 75 Screw
55840016080	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 80 Screw
55840016085	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 85 Screw
55840016090	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 90 Screw

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55840016095	5.5/6.0 CnMAS, 6.0 DIA X 95 Screw
55840016511	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 110 SCREW
55840016515	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 15 SCREW
55840016520	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 20 SCREW
55840016525	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 25 SCREW
55840016530	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 30 SCREW
55840016535	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 35 SCREW
55840016540	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 40 SCREW
55840016545	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 45 SCREW
55840016550	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 50 SCREW
55840016555	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 55 SCREW
55840016560	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 60 SCREW
55840016565	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 65 SCREW
55840016570	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 70 SCREW
55840016575	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 75 SCREW
55840016580	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 80 SCREW
55840016585	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 85 SCREW
55840016590	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 90 SCREW
55840016595	5.5/6.0 CnMAS, 6.5 DIA X 95 SCREW
55840017011	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 110 Screw
55840017015	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 15 SCREW
55840017020	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 20 SCREW
55840017025	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 25 SCREW
55840017030	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 30 Screw
55840017035	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 35 Screw
55840017040	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 40 Screw
55840017045	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 45 Screw
55840017050	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 50 Screw
55840017055	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 55 Screw
55840017060	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 60 Screw
55840017065	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 65 Screw
55840017070	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 70 Screw
55840017075	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 75 Screw
55840017080	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 80 Screw
55840017085	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 85 Screw
55840017090	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 90 Screw
55840017095	5.5/6.0 CnMAS, 7.0 DIA X 95 Screw
55840017500	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 100 Screw
55840017511	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 110 Screw
55840017515	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 15 SCREW
55840017520	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 20 SCREW
55840017525	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 25 SCREW
55840017530	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 30 Screw
55840017535	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 35 Screw
55840017540	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 40 Screw
55840017545	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 45 Screw

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 232 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55840017550	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 50 Screw
55840017555	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 55 Screw
55840017560	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 60 Screw
55840017565	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 65 Screw
55840017570	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 70 Screw
55840017575	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 75 Screw
55840017580	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 80 Screw
55840017585	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 85 Screw
55840017590	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 90 Screw
55840017595	5.5/6.0 CnMAS, 7.5 DIA X 95 Screw
55840018000	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 100 Screw
55840018011	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 110 Screw
55840018015	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 15 SCREW
55840018020	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 20 SCREW
55840018025	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 25 SCREW
55840018030	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 30 Screw
55840018035	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 35 Screw
55840018040	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 40 Screw
55840018045	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 45 Screw
55840018050	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 50 Screw
55840018055	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 55 Screw
55840018060	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 60 Screw
55840018065	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 65 Screw
55840018070	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 70 Screw
55840018075	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 75 Screw
55840018080	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 80 Screw
55840018085	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 85 Screw
55840018090	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 90 Screw
55840018095	5.5/6.0 CnMAS, 8.0 DIA X 95 Screw
55840018500	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 100 Screw
55840018511	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 110 Screw
55840018515	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 15 SCREW
55840018520	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 20 SCREW
55840018525	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 25 SCREW
55840018530	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 30 Screw
55840018535	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 35 Screw
55840018540	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 40 Screw
55840018545	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 45 Screw
55840018550	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 50 Screw
55840018555	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 55 Screw
55840018560	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 60 Screw
55840018565	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 65 Screw
55840018570	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 70 Screw
55840018575	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 75 Screw
55840018580	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 80 Screw
55840018585	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 85 Screw

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 292 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologias del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55840018590	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 90 Screw
55840018595	5.5/6.0 CnMAS, 8.5 DIA X 95 Screw
55840019000	5.5/6.0 CnMAS, 9.0 DIA X 100 Screw
55840019011	5.5/6.0 CnMAS, 9.0 DIA X 110 Screw
55840019015	5.5/6.0 CnMAS, 9.0 DIA X 15 SCREW
55840019020	5.5/6.0 CnMAS, 9.0 DIA X 20 SCREW
55840019025	5.5/6.0 CnMAS, 9.0 DIA X 25 SCREW
55840019030	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 30 Screw
55840019035	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 35 Screw
55840019040	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 40 Screw
55840019045	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 45 Screw
55840019050	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 50 Screw
55840019055	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 55 Screw
55840019060	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 60 Screw
55840019065	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 65 Screw
55840019070	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 70 Screw
55840019075	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 75 Screw
55840019080	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 80 Screw
55840019085	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 85 Screw
55840019090	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 90 Screw
55840019095	5.5/6.0 MAS, 9.0 DIA X 95 Screw
55840019500	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 100 Screw
55840019511	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 110 Screw
55840019515	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 15 SCREW
55840019520	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 20 SCREW
55840019525	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 25 SCREW
55840019530	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 30 Screw
55840019535	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 35 Screw
55840019540	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 40 Screw
55840019545	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 45 Screw
55840019550	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 50 Screw
55840019555	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 55 Screw
55840019560	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 60 Screw
55840019565	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 65 Screw
55840019570	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 70 Screw
55840019575	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 75 Screw
55840019580	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 80 Screw
55840019585	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 85 Screw
55840019590	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 90 Screw
55840019595	5.5/6.0 MAS, 9.5 DIA X 95 Screw
55890001000	5.5/6.0 RMAS, 10.0 DIA X 100 SCREW
55890001011	5.5/6.0 RMAS, 10.0 DIA X 110 SCREW
55890001040	5.5/6.0 RMAS, 10.0 DIA X 40 SCREW
55890001045	5.5/6.0 RMAS, 10.0 DIA X 45 SCREW
55890001050	5.5/6.0 RMAS, 10.0 DIA X 50 SCREW
55890001055	5.5/6.0 RMAS, 10.0 DIA X 55 SCREW

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55890001060	5.5/6.0 RMAS, 10.0 DIA X 60 SCREW
55890001065	5.5/6.0 RMAS, 10.0 DIA X 65 SCREW
55890001070	5.5/6.0 RMAS, 10.0 DIA X 70 SCREW
55890001075	5.5/6.0 RMAS, 10.0 DIA X 75 SCREW
55890001080	5.5/6.0 RMAS, 10.0 DIA X 80 SCREW
55890001085	5.5/6.0 RMAS, 10.0 DIA X 85 SCREW
55890001090	5.5/6.0 RMAS, 10.0 DIA X 90 SCREW
55890001095	5.5/6.0 RMAS, 10.0 DIA X 95 SCREW
55890001500	5.5/6.0 RMAS, 10.5 DIA X 100 SCREW
55890001511	5.5/6.0 RMAS, 10.5 DIA X 110 SCREW
55890001580	5.5/6.0 RMAS, 10.5 DIA X 80 SCREW
55890001585	5.5/6.0 RMAS, 10.5 DIA X 85 SCREW
55890001590	5.5/6.0 RMAS, 10.5 DIA X 90 SCREW
55890001595	5.5/6.0 RMAS, 10.5 DIA X 95 SCREW
55890004015	5.5/6.0 RMAS, 4.0 DIA X 15 SCREW
55890004020	5.5/6.0 RMAS, 4.0 DIA X 20 SCREW
55890004025	5.5/6.0 RMAS, 4.0 DIA X 25 SCREW
55890004030	5.5/6.0 RMAS, 4.0 DIA X 30 SCREW
55890004035	5.5/6.0 RMAS, 4.0 DIA X 35 SCREW
55890004040	5.5/6.0 RMAS, 4.0 DIA X 40 SCREW
55890004045	5.5/6.0 RMAS, 4.0 DIA X 45 SCREW
55890004050	5.5/6.0 RMAS, 4.0 DIA X 50 SCREW
55890004055	5.5/6.0 RMAS, 4.0 DIA X 55 SCREW
55890004060	5.5/6.0 RMAS, 4.0 DIA X 60 SCREW
55890004065	5.5/6.0 RMAS, 4.0 DIA X 65 SCREW
55890004070	5.5/6.0 RMAS, 4.0 DIA X 70 SCREW
55890004075	5.5/6.0 RMAS, 4.0 DIA X 75 SCREW
55890004080	5.5/6.0 RMAS, 4.0 DIA X 80 SCREW
55890004515	5.5/6.0 RMAS, 4.5 DIA X 15 SCREW
55890004520	5.5/6.0 RMAS, 4.5 DIA X 20 SCREW
55890004525	5.5/6.0 RMAS, 4.5 DIA X 25 SCREW
55890004530	5.5/6.0 RMAS, 4.5 DIA X 30 SCREW
55890004535	5.5/6.0 RMAS, 4.5 DIA X 35 SCREW
55890004540	5.5/6.0 RMAS, 4.5 DIA X 40 SCREW
55890004545	5.5/6.0 RMAS, 4.5 DIA X 45 SCREW
55890004550	5.5/6.0 RMAS, 4.5 DIA X 50 SCREW
55890004555	5.5/6.0 RMAS, 4.5 DIA X 55 SCREW
55890004560	5.5/6.0 RMAS, 4.5 DIA X 60 SCREW
55890004565	5.5/6.0 RMAS, 4.5 DIA X 65 SCREW
55890004570	5.5/6.0 RMAS, 4.5 DIA X 70 SCREW
55890004575	5.5/6.0 RMAS, 4.5 DIA X 75 SCREW
55890004580	5.5/6.0 RMAS, 4.5 DIA X 80 SCREW
55890005015	5.5/6.0 RMAS, 5.0 DIA X 15 SCREW
55890005020	5.5/6.0 RMAS, 5.0 DIA X 20 SCREW
55890005025	5.5/6.0 RMAS, 5.0 DIA X 25 SCREW
55890005030	5.5/6.0 RMAS, 5.0 DIA X 30 SCREW

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55890005035	5.5/6.0 RMAS, 5.0 DIA X 35 SCREW
55890005040	5.5/6.0 RMAS, 5.0 DIA X 40 SCREW
55890005045	5.5/6.0 RMAS, 5.0 DIA X 45 SCREW
55890005050	5.5/6.0 RMAS, 5.0 DIA X 50 SCREW
55890005055	5.5/6.0 RMAS, 5.0 DIA X 55 SCREW
55890005060	5.5/6.0 RMAS, 5.0 DIA X 60 SCREW
55890005065	5.5/6.0 RMAS, 5.0 DIA X 65 SCREW
55890005070	5.5/6.0 RMAS, 5.0 DIA X 70 SCREW
55890005075	5.5/6.0 RMAS, 5.0 DIA X 75 SCREW
55890005080	5.5/6.0 RMAS, 5.0 DIA X 80 SCREW
55890005085	5.5/6.0 RMAS, 5.0 DIA X 85 SCREW
55890005090	5.5/6.0 RMAS, 5.0 DIA X 90 SCREW
55890005515	5.5/6.0 RMAS, 5.5 DIA X 15 SCREW
55890005520	5.5/6.0 RMAS, 5.5 DIA X 20 SCREW
55890005525	5.5/6.0 RMAS, 5.5 DIA X 25 SCREW
55890005530	5.5/6.0 RMAS, 5.5 DIA X 30 SCREW
55890005535	5.5/6.0 RMAS, 5.5 DIA X 35 SCREW
55890005540	5.5/6.0 RMAS, 5.5 DIA X 40 SCREW
55890005545	5.5/6.0 RMAS, 5.5 DIA X 45 SCREW
55890005550	5.5/6.0 RMAS, 5.5 DIA X 50 SCREW
55890005555	5.5/6.0 RMAS, 5.5 DIA X 55 SCREW
55890005560	5.5/6.0 RMAS, 5.5 DIA X 60 SCREW
55890005565	5.5/6.0 RMAS, 5.5 DIA X 65 SCREW
55890005570	5.5/6.0 RMAS, 5.5 DIA X 70 SCREW
55890005575	5.5/6.0 RMAS, 5.5 DIA X 75 SCREW
55890005580	5.5/6.0 RMAS, 5.5 DIA X 80 SCREW
55890006015	5.5/6.0 RMAS, 6.0 DIA X 15 SCREW
55890006020	5.5/6.0 RMAS, 6.0 DIA X 20 SCREW
55890006025	5.5/6.0 RMAS, 6.0 DIA X 25 SCREW
55890006030	5.5/6.0 RMAS, 6.0 DIA X 30 SCREW
55890006035	5.5/6.0 RMAS, 6.0 DIA X 35 SCREW
55890006040	5.5/6.0 RMAS, 6.0 DIA X 40 SCREW
55890006045	5.5/6.0 RMAS, 6.0 DIA X 45 SCREW
55890006050	5.5/6.0 RMAS, 6.0 DIA X 50 SCREW
55890006055	5.5/6.0 RMAS, 6.0 DIA X 55 SCREW
55890006060	5.5/6.0 RMAS, 6.0 DIA X 60 SCREW
55890006065	5.5/6.0 RMAS, 6.0 DIA X 65 SCREW
55890006070	5.5/6.0 RMAS, 6.0 DIA X 70 SCREW
55890006075	5.5/6.0 RMAS, 6.0 DIA X 75 SCREW
55890006080	5.5/6.0 RMAS, 6.0 DIA X 80 SCREW
55890006515	5.5/6.0 RMAS, 6.5 DIA X 15 SCREW
55890006520	5.5/6.0 RMAS, 6.5 DIA X 20 SCREW
55890006525	5.5/6.0 RMAS, 6.5 DIA X 25 SCREW
55890006530	5.5/6.0 RMAS, 6.5 DIA X 30 SCREW
55890006535	5.5/6.0 RMAS, 6.5 DIA X 35 SCREW
55890006540	5.5/6.0 RMAS, 6.5 DIA X 40 SCREW

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55890006545	5.5/6.0 RMAS, 6.5 DIA X 45 SCREW
55890006550	5.5/6.0 RMAS, 6.5 DIA X 50 SCREW
55890006555	5.5/6.0 RMAS, 6.5 DIA X 55 SCREW
55890006560	5.5/6.0 RMAS, 6.5 DIA X 60 SCREW
55890006565	5.5/6.0 RMAS, 6.5 DIA X 65 SCREW
55890006570	5.5/6.0 RMAS, 6.5 DIA X 70 SCREW
55890006575	5.5/6.0 RMAS, 6.5 DIA X 75 SCREW
55890006580	5.5/6.0 RMAS, 6.5 DIA X 80 SCREW
55890007015	5.5/6.0 RMAS, 7.0 DIA X 15 SCREW
55890007020	5.5/6.0 RMAS, 7.0 DIA X 20 SCREW
55890007025	5.5/6.0 RMAS, 7.0 DIA X 25 SCREW
55890007030	5.5/6.0 RMAS, 7.0 DIA X 30 SCREW
55890007035	5.5/6.0 RMAS, 7.0 DIA X 35 SCREW
55890007040	5.5/6.0 RMAS, 7.0 DIA X 40 SCREW
55890007045	5.5/6.0 RMAS, 7.0 DIA X 45 SCREW
55890007050	5.5/6.0 RMAS, 7.0 DIA X 50 SCREW
55890007055	5.5/6.0 RMAS, 7.0 DIA X 55 SCREW
55890007060	5.5/6.0 RMAS, 7.0 DIA X 60 SCREW
55890007065	5.5/6.0 RMAS, 7.0 DIA X 65 SCREW
55890007070	5.5/6.0 RMAS, 7.0 DIA X 70 SCREW
55890007075	5.5/6.0 RMAS, 7.0 DIA X 75 SCREW
55890007080	5.5/6.0 RMAS, 7.0 DIA X 80 SCREW
55890007500	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 100 SCREW
55890007511	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 110 SCREW
55890007515	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 15 SCREW
55890007520	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 20 SCREW
55890007525	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 25 SCREW
55890007530	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 30 SCREW
55890007535	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 35 SCREW
55890007540	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 40 SCREW
55890007545	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 45 SCREW
55890007550	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 50 SCREW
55890007555	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 55 SCREW
55890007560	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 60 SCREW
55890007565	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 65 SCREW
55890007570	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 70 SCREW
55890007575	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 75 SCREW
55890007580	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 80 SCREW
55890007585	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 85 SCREW
55890007590	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 90 SCREW
55890007595	5.5/6.0 RMAS, 7.5 DIA X 95 SCREW
55890008000	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 100 SCREW
55890008011	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 110 SCREW
55890008015	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 15 SCREW
55890008020	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 20 SCREW
55890008025	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 25 SCREW

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55890008030	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 30 SCREW
55890008035	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 35 SCREW
55890008040	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 40 SCREW
55890008045	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 45 SCREW
55890008050	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 50 SCREW
55890008055	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 55 SCREW
55890008060	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 60 SCREW
55890008065	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 65 SCREW
55890008070	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 70 SCREW
55890008075	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 75 SCREW
55890008080	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 80 SCREW
55890008085	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 85 SCREW
55890008090	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 90 SCREW
55890008095	5.5/6.0 RMAS, 8.0 DIA X 95 SCREW
55890008500	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 100 SCREW
55890008511	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 110 SCREW
55890008515	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 15 SCREW
55890008520	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 20 SCREW
55890008525	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 25 SCREW
55890008530	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 30 SCREW
55890008535	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 35 SCREW
55890008540	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 40 SCREW
55890008545	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 45 SCREW
55890008550	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 50 SCREW
55890008555	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 55 SCREW
55890008560	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 60 SCREW
55890008565	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 65 SCREW
55890008570	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 70 SCREW
55890008575	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 75 SCREW
55890008580	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 80 SCREW
55890008585	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 85 SCREW
55890008590	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 90 SCREW
55890008595	5.5/6.0 RMAS, 8.5 DIA X 95 SCREW
55890009000	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 100 SCREW
55890009011	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 110 SCREW
55890009015	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 15 SCREW
55890009020	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 20 SCREW
55890009025	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 25 SCREW
55890009030	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 30 SCREW
55890009035	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 35 SCREW
55890009040	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 40 SCREW
55890009045	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 45 SCREW
55890009050	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 50 SCREW
55890009055	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 55 SCREW
55890009060	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 60 SCREW
55890009065	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 65 SCREW

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 282 - 1
ISO 9001
SC 7341 - 1
IQNet
CO-SC-7341-1

RESOLUCIÓN No. 2013012739 DE 16 de Mayo de 2013
Por la cual se concede un Registro Sanitario

El Director de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, en ejercicio de las facultades Legales conferidas en el Decreto 2078 de 2012, Decreto Reglamentario 4725 de 2005, y ley 1437 de 2011.

55890009070	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 70 SCREW
55890009075	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 75 SCREW
55890009080	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 80 SCREW
55890009085	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 85 SCREW
55890009090	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 90 SCREW
55890009095	5.5/6.0 RMAS, 9.0 DIA X 95 SCREW
55890009500	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 100 SCREW
55890009511	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 110 SCREW
55890009515	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 15 SCREW
55890009520	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 20 SCREW
55890009525	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 25 SCREW
55890009530	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 30 SCREW
55890009535	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 35 SCREW
55890009540	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 40 SCREW
55890009545	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 45 SCREW
55890009550	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 50 SCREW
55890009555	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 55 SCREW
55890009560	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 60 SCREW
55890009565	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 65 SCREW
55890009570	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 70 SCREW
55890009575	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 75 SCREW
55890009580	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 80 SCREW
55890009585	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 85 SCREW
55890009590	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 90 SCREW
55890009595	5.5/6.0 RMAS, 9.5 DIA X 95 SCREW

EXPEDIENTE No.: 20057044
RADICACIÓN No.: 2012148073
FECHA: 12/12/2013

ARTICULO SEGUNDO.-Se **APRUEBAN** etiquetas allegadas bajo radicado No. 2012148073 de 12 de Diciembre de 2013.

ARTICULO TERCERO.- Contra la presente resolución procede únicamente el Recurso de Reposición, que deberá interponerse ante la Dirección de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías del INVIMA, dentro de los DIEZ (10) días siguientes a su notificación, en los términos señalados en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO CUARTO.-La presente resolución rige a partir de la fecha de su ejecutoria.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 16 de Mayo de 2013

ELKIN HERNAN OTALVARO CIFUENTES
DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS.

VoBo: 500-03-1153
Vo.Bo.500-03-760
Vo.Bo.500-03-161

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 292 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS

INVIMA

A la fecha notifiqué personalmente a Claudia Mejia

con identificación No. 39782704 de Bta

y T.P. No. 96419 de C.S.J

de la Resolución No. _____ de fecha _____

en Bogotá 20 MAY 2013 2:28 pm

Notificado _____

Notificador _____

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2014005650 DE 4 de Marzo de 2014
Por la cual se Modifica una Resolución

EL DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA, en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005 y Ley 1437 de 2011.

EXPEDIENTE: 20057044 **RADICACIÓN:** 2014007325 **FECHA:** 27/01/2014
REGISTRO SANITARIO: INVIMA 2013DM-0009937 **VIGENCIA:** 04/06/2023

ANTECEDENTES

Que mediante Resolución No. 2013012739 de fecha 16 de Mayo de 2013 el INVIMA concedió Registro Sanitario No. INVIMA 2013DM-0009937 para el producto: CD HORIZON® SPINAL SYSTEM - SISTEMA DE IMPLANTES PARA COLUMNA - MEDTRONIC. a favor de MEDTRONIC INC con domicilio en ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA en la modalidad de IMPORTAR Y VENDER.

Que mediante escrito número 2014007325 radicado el 27/01/2014, la Doctora RUBIELA ARIAS DE FAJARDO, actuando en calidad de Apoderada, presentó solicitud de modificación al Registro Sanitario mencionado, en el sentido de OBTENER APROBACIÓN PARA ADICIONAR REFERENCIAS.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Que el interesado allega la respectiva documentación técnico/legal en cumplimiento del Decreto 4725 de 2005, para acceder a lo solicitado y en consecuencia este Instituto,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: MODIFICAR la Resolución No. 2013012739 del 16/05/2013 que concedió Registro Sanitario No. INVIMA 2013DM-0009937 a favor de MEDTRONIC INC con domicilio en ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA para el producto: CD HORIZON ® SPINAL SYSTEM en la modalidad IMPORTAR Y VENDER, en el sentido de **APROBAR**:

- **ADICIÓN DE LAS SIGUIENTES REFERENCIAS:**

7020540	ILIAC SCREW 5,5x40, SS
7020545	ILIAC SCREW 5,5x45, SS
7020550	ILIAC SCREW 5,5x50, SS
7040540	ILIAC SCREW 5,5x40, TI
7040545	ILIAC SCREW 5,5x45, TI
7040550	ILIAC SCREW 5,5x50, TI
7020650	ILIAC SCREW 6,5x50, SS
7020660	ILIAC SCREW 6,5x60, SS
7020670	ILIAC SCREW 6,5x70, SS
7040650	ILIAC SCREW 6,5x50, TI
7040660	ILIAC SCREW 6,5x60, TI
7040670	ILIAC SCREW 6,5x70, TI
7020760	ILIAC SCREW 7,5x60, SS
7020770	ILIAC SCREW 7,5x70, SS
7020780	ILIAC SCREW 7,5x80, SS
7020790	ILIAC SCREW 7,5x90, SS
7020700	ILIAC SCREW 7,5x100, SS
7040760	ILIAC SCREW 7,5x60, TI
7040770	ILIAC SCREW 7,5x70, TI
7040780	ILIAC SCREW 7,5x80, TI
7040790	ILIAC SCREW 7,5x90, TI
7040700	ILIAC SCREW 7,5x100, TI
7020870	ILIAC SCREW 8,5x70, SS
7020880	ILIAC SCREW 8,5x80, SS
7020890	ILIAC SCREW 8,5x90, SS

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

RESOLUCION No. 2014005650 DE 4 de Marzo de 2014
Por la cual se Modifica una Resolución

EL DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA, en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005 y Ley 1437 de 2011.

7020800	ILIAC SCREW 8,5x100, SS
7040870	ILIAC SCREW 8,5x70, TI
7040880	ILIAC SCREW 8,5x80, TI
7040890	ILIAC SCREW 8,5x90, TI
7040800	ILIAC SCREW 8,5x100, TI
7021640	10 DEG ILIAC SCREW 6,5X40, SS
7021645	10 DEG ILIAC SCREW 6,5X45, SS
7021650	10 DEG ILIAC SCREW 6,5X50, SS
7021660	10 DEG ILIAC SCREW 6,5X60, SS
7021670	10 DEG ILIAC SCREW 6,5X70, SS
7041640	10 DEG ILIAC SCREW 6,5X40, TI
7041645	10 DEG ILIAC SCREW 6,5X45, TI
7041650	10 DEG ILIAC SCREW 6,5X50, TI
7041660	10 DEG ILIAC SCREW 6,5X60, TI
7041670	10 DEG ILIAC SCREW 6,5X70, TI
7021760	10 DEG ILIAC SCREW 7,5X60, SS
7021770	10 DEG ILIAC SCREW 7,5X70, SS
7021780	10 DEG ILIAC SCREW 7,5X80, SS
7021790	10 DEG ILIAC SCREW 7,5X90, SS
7021700	10 DEG ILIAC SCREW 7,5X100, SS
7041760	10 DEG ILIAC SCREW 7,5X60, TI
7041770	10 DEG ILIAC SCREW 7,5X70, TI
7041780	10 DEG ILIAC SCREW 7,5X80, TI
7041790	10 DEG ILIAC SCREW 7,5X90, TI
7041700	10 DEG ILIAC SCREW 7,5X100, TI
7021870	10 DEG ILIAC SCREW 8,5X70, SS
7021880	10 DEG ILIAC SCREW 8,5X80, SS
7021890	10 DEG ILIAC SCREW 8,5X90, SS
7021800	10 DEG ILIAC SCREW 8,5X100, SS
7041870	10 DEG ILIAC SCREW 8,5X70, TI
7041880	10 DEG ILIAC SCREW 8,5X80, TI
7041890	10 DEG ILIAC SCREW 8,5X90, TI
7041800	10 DEG ILIAC SCREW 8,5X100, TI
7022650	20 DEG ILIAC SCREW 6,5X50, SS
7022660	20 DEG ILIAC SCREW 6,5X60, SS
7022670	20 DEG ILIAC SCREW 6,5X70, SS
7042650	20 DEG ILIAC SCREW 6,5X50, TI
7042660	20 DEG ILIAC SCREW 6,5X60, TI
7042670	20 DEG ILIAC SCREW 6,5X70, TI
7022760	20 DEG ILIAC SCREW 7,5X60, SS
7022770	20 DEG ILIAC SCREW 7,5X70, SS
7022780	20 DEG ILIAC SCREW 7,5X80, SS
7022790	20 DEG ILIAC SCREW 7,5X90, SS
7022700	20 DEG ILIAC SCREW 7,5X100, SS
7042760	20 DEG ILIAC SCREW 7,5X60, TI
7042770	20 DEG ILIAC SCREW 7,5X70, TI
7042780	20 DEG ILIAC SCREW 7,5X80, TI
7042790	20 DEG ILIAC SCREW 7,5X90, TI
7042700	20 DEG ILIAC SCREW 7,5X100, TI
7022870	20 DEG ILIAC SCREW 8,5X70, SS

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2014005650 DE 4 de Marzo de 2014
Por la cual se Modifica una Resolución

EL DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA, en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005 y Ley 1437 de 2011.

7022880	20 DEG ILIAC SCREW 8,5X80, SS
7022890	20 DEG ILIAC SCREW 8,5X90, SS
7022800	20 DEG ILIAC SCREW 8,5X100, SS
7042870	20 DEG ILIAC SCREW 8,5X70, TI
7042880	20 DEG ILIAC SCREW 8,5X80, TI
7042890	20 DEG ILIAC SCREW 8,5X90, TI
7042800	20 DEG ILIAC SCREW 8,5X100, TI
7021210	4,5/6,35 CLS LAT CON, 10MM, SS
7021220	4,5/6,35 CLS LAT CON, 20MM, SS
7021230	4,5/6,35 CLS LAT CON, 30MM, SS
7041210	4,5/6,35 CLS LAT CON, 10MM, TI
7041220	4,5/6,35 CLS LAT CON, 20MM, TI
7041230	4,5/6,35 CLS LAT CON, 30MM, TI
7021310	5,5/6,35 CLS LAT CON, 10MM, SS
7021320	5,5/6,35 CLS LAT CON, 20MM, SS
7021330	5,5/6,35 CLS LAT CON, 30MM, SS
7021360	5,5/6,35 CLS LAT CON, 60MM, SS
7041310	5,5/6,35 CLS LAT CON, 10MM, TI
7041320	5,5/6,35 CLS LAT CON, 20MM, TI
7041330	5,5/6,35 CLS LAT CON, 30MM, TI
7041360	5,5/6,35 CLS LAT CON, 60MM, TI
7021410	6,35/6,35 CLS LAT CON, 10MM, SS
7021420	6,35/6,35 CLS LAT CON, 20MM, SS
7021430	6,35/6,35 CLS LAT CON, 30MM, SS
7021460	6,35/6,35 CLS LAT CON, 60MM, SS
7041410	6,35/6,35 CLS LAT CON, 10MM, TI
7041420	6,35/6,35 CLS LAT CON, 20MM, TI
7041430	6,35/6,35 CLS LAT CON, 30MM, TI
7041460	6,35/6,35 CLS LAT CON, 60MM, TI
7024855	1/4-32 BREAK SCREW 5,5X40, TI
7045855	1/4-32 BREAK-OFF SCREW 5,5X40, TI

ARTICULO SEGUNDO: Contra la presente resolución procede únicamente el Recurso de Reposición, que deberá interponerse ante el DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA, dentro de los DIEZ (10) días siguientes a su notificación, en los términos señalados en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de ejecutoria.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Se expide en Bogotá D.C., el 4 de Marzo de 2014

ELKIN HERNAN OTALVARO CIFUENTES
DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS

Vo. Bo. 500-03-1508
Vo.Bo. 500-03-1357
Vo.Bo. 500-03-161

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D 17-11/21 PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2014018774 DE 20 de Junio de 2014
Por la cual se Modifica una Resolución

EL DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA , en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005 y Ley 1437 de 2011.

EXPEDIENTE: 20057044 **RADICACIÓN:** 2014044843 **FECHA:** 15/04/2014
REGISTRO SANITARIO: INVIMA 2013DM-0009937 **VIGENCIA:** 04/06/2023

ANTECEDENTES

Que mediante Resolución No. 2013012739 de 16 de Mayo de 2013 el INVIMA concedió Registro Sanitario No.INVIMA 2013DM-0009937 para el producto CD HORIZON® SPINAL SYSTEM - SISTEMA DE IMPLANTES PARA COLUMNA - MEDTRONIC. a favor de MEDTRONIC INC con domicilio en ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA en la modalidad de IMPORTAR Y VENDER.

Que mediante Resolución No.2014005650 de 4 de Marzo de 2014 el INVIMA modificó la Resolución No. 2013012739 del 16/05/2013 en el sentido de aprobar la adición de referencias.

Que mediante escrito número 2014044843 radicado el 15/04/2014, la Doctora RUBIELA ARIAS DE FAJARDO, actuando en calidad de Apoderada de la Sociedad MEDTRONIC Inc, con domicilio en ESTADOS UNIDOS, presentó solicitud de modificación al Registro Sanitario mencionado, en el sentido de OBTENER APROBACIÓN DE ADICIÓN DE REFERENCIAS.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Que el interesado allega la respectiva documentación técnico/legal en cumplimiento del Decreto 4725 de 2005, para acceder a la solicitud de modificación y en consecuencia este Instituto,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: MODIFICAR la Resolución 2013012739 del 16/05/2013 que concedió Registro Sanitario número INVIMA 2013DM-0009937 a favor de MEDTRONIC INC con domicilio en ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA para el producto CD HORIZON ® SPINAL SYSTEM en la modalidad IMPORTAR Y VENDER, en el sentido de **APROBAR:**

- **ADICIÓN DE REFERENCIAS:**

75475525	**5.5 mm x 25 mm, Ti**
75475530	**5.5 mm x 30 mm, Ti**
75475535	**5.5 mm x 35 mm, Ti**
75475540	**5.5 mm x 40 mm, Ti**
75475545	**5.5 mm x 45 mm, Ti**
75475550	**5.5 mm x 50 mm, Ti**
75475555	**5.5 mm x 55 mm, Ti**
75475560	**5.5 mm x 60 mm, Ti**
75476525	**6.5 mm x 25 mm, Ti**
75476530	**6.5 mm x 30 mm, Ti**
75476535	**6.5 mm x 35 mm, Ti**
75476540	**6.5 mm x 40 mm, Ti**
75476545	**6.5 mm x 45 mm, Ti**
75476550	**6.5 mm x 50 mm, Ti**
75476555	**6.5 mm x 55 mm, Ti**
75476560	**6.5 mm x 60 mm, Ti**
75477525	**7.5 mm x 25 mm, Ti**
75477530	**7.5 mm x 30 mm, Ti**
75477535	**7.5 mm x 35 mm, Ti**
75477540	**7.5 mm x 40 mm, Ti**
75477545	**7.5 mm x 45 mm, Ti**
75477550	**7.5 mm x 50 mm, Ti**
75477555	**7.5 mm x 55 mm, Ti**

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D N.° 17-11/21
PBX: 2948700
Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2014018774 DE 20 de Junio de 2014
Por la cual se Modifica una Resolución

EL DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA , en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005 y Ley 1437 de 2011.

75477560 7.5 mm x 60 mm, Ti
75477565 7.5 mm x 65 mm, Ti
75477570 7.5 mm x 70 mm, Ti

ARTICULO SEGUNDO: Contra la presente resolución procede únicamente el Recurso de Reposición, que deberá interponerse ante el DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA, dentro de los DIEZ (10) días siguientes a su notificación, en los términos señalados en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de ejecutoria.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Se expide en Bogotá D.C., el 20 de Junio de 2014

Este espacio, hasta la firma se considera en blanco.

ELKIN HERNAN OTALVARO CIFUENTES
DIRECTOR DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS

Vo.Bo. 500-03-1409
Vo.Bo. 500-03-1357
Vo.Bo. 500-03-1353

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 68D N.° 17-11/21
PBX: 2948700

Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1
CO-SC-7341-1

INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS

INVIMA

A la fecha notifiqué personalmente a Claudia Mesa

con identificación No. 39788704 de Bta

y T.P. No. 96419 de C.S.J

de la Resolución No. _____ de fecha _____

En Bogotá 02 JUL 2014

Notificado _____

Notificador _____

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2016008210 DE 9 de Marzo de 2016

Por la cual se Modifica una Resolución

EL DIRECTOR GENERAL (E) DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA, en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005 y Ley 1437 de 2011.

EXPEDIENTE: 20057044 **RADICACIÓN:** 2015159753 **FECHA:** 30/11/2015
REGISTRO SANITARIO: INVIMA 2013DM-0009937 **VIGENCIA:** 04/06/2023

ANTECEDENTES

Que mediante Resolución No. 2013012739 de 16 de Mayo de 2013 el INVIMA concedió Registro Sanitario No. INVIMA 2013DM-0009937 para el producto CD HORIZON® SPINAL SYSTEM - SISTEMA DE IMPLANTES PARA COLUMNA - MEDTRONIC. a favor de MEDTRONIC INC con domicilio en ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA en la modalidad de IMPORTAR Y VENDER.

Que mediante Resolución No.2014005650 de 4 de Marzo de 2014 el INVIMA modificó la Resolución No. 2013012739 del 16/05/2013 en el sentido de aprobar la adición de referencias.

Que mediante RESOLUCION No. 2014018774 DE 20 de Junio de 2014, el INVIMA MODIFICÓ la Resolución 2013012739 del 16/05/2013 EN EL SENTIDO DE OBTENER APROBACIÓN DE ADICIÓN DE REFERENCIAS.

Que mediante escrito número 2015159753 radicado el 30/11/2015, la Doctora RUBIELA ARIAS DE FAJARDO, actuando en calidad de Apoderada de la Sociedad MEDTRONIC INC, con domicilio en MINNEAPOLIS – ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, presentó solicitud de modificación al Registro Sanitario mencionado, EN EL SENTIDO DE OBTENER APROBACIÓN PARA ADICIÓN DE REFERENCIAS.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Que una vez estudiada la información aportada con la solicitud de modificación al Registro Sanitario, este Despacho considera que el interesado allegó la respectiva documentación técnico/legal para acceder a la petición en cumplimiento de los requisitos preceptuados en el Decreto 4725 de 2005 y en consecuencia este Instituto,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: MODIFICAR la Resolución No. 2013012739 del 16/05/2013 que concedió Registro Sanitario número INVIMA 2013DM-0009937 a favor de MEDTRONIC INC con domicilio en ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA para el producto CD HORIZON ® SPINAL SYSTEM en la modalidad IMPORTAR Y VENDER, en el sentido de **APROBAR**:

1. **ADICIÓN DE REFERENCIAS: (DEBE FIGURAR)**

1553201030
1553201035
1553201040
1553201045
1553201050
1553201055
1553201060
1553201070
1553201080
1553201090
1553201100
1553201110
1553201120
55811004025
55811004030
55811004035
55811004040
55811004045
55811004520
55811004525
55811004530
55811004535
55811004540

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 10 N.° 64/28
PBX: 2948700

Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2016008210 DE 9 de Marzo de 2016
Por la cual se Modifica una Resolución

EL DIRECTOR GENERAL (E) DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA, en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005 y Ley 1437 de 2011.

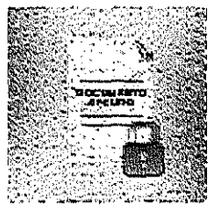
55811004545
55811005020
55811005025
55811005030
55811005035
55811005040
55811005045
55811005530
55811005535
55811005540
55811005545
55811005550
55811006530
55811006535
55811006540
55811006545
55811006550
55811006555
55811007535
55811007540
55811007545
55811007550
55811007555

ARTICULO SEGUNDO: Contra la presente resolución procede únicamente el Recurso de Reposición, que deberá interponerse ante la DIRECCION DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y OTRAS TECNOLOGIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA, dentro de los DIEZ (10) días siguientes a su notificación, en los términos señalados en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de ejecutoria.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Se expide en Bogotá D.C., el 9 de Marzo de 2016
Este espacio, hasta la firma se considera en blanco.



JAVIER HUMBERTO GUZMAN CRUZ
DIRECTOR GENERAL (E)

Proyectó: Legal: cacevedog, Técnico: kcervantesm Revisó: cordina_varios

Firma valida

Digitally signed by
JAVIER HUMBERTO
GUZMAN CRUZ
Date: 2016.03.09
14:27:36 COT
Reason: Invima
Location: Bogota, CO

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 10 N.° 64/28
PBX: 2948700

Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2017044338 DE 20 de Octubre de 2017
Por la cual se Modifica una Resolución

El Director Técnico de Dispositivos Médicos y otras Tecnologias DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA , en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005, Ley 1437 de 2011 y Decreto 582 del 2017.

EXPEDIENTE: 20057044 **RADICACIÓN:** 2017147274 **FECHA:** 11/10/2017
REGISTRO SANITARIO:INVIMA 2013DM-0009937 **VIGENCIA:**04/06/2023

ANTECEDENTES

Que mediante Resolución No. 2013012739 de 16 de Mayo de 2013 el INVIMA concedió Registro Sanitario No. INVIMA 2013DM-0009937 para el producto CD HORIZON® SPINAL SYSTEM - SISTEMA DE IMPLANTES PARA COLUMNA - MEDTRONIC. a favor de MEDTRONIC INC con domicilio en ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA en la modalidad de IMPORTAR Y VENDER.
Que mediante Resolución No.2014005650 de 4 de Marzo de 2014 el INVIMA modificó la Resolución No. 2013012739 del 16/05/2013 en el sentido de aprobar la adición de referencias.
Que mediante RESOLUCION No. 2014018774 DE 20 de Junio de 2014, el INVIMA MODIFICÓ la Resolución 2013012739 del 16/05/2013 en el sentido de OBTENER APROBACIÓN DE ADICIÓN DE REFERENCIAS.
Que mediante Resolución No. 2016008210 del 9 de Marzo de 2016, el INVIMA modificó la Resolución No.2013012739 del 16/05/2013, en el sentido de aprobar la adición de referencias.

Que mediante escrito número 2017147274 radicado el 11/10/2017, la Doctora RUBIELA ARIAS DE FAJARDO, actuando en calidad de Apoderada de la empresa MEDTRONIC INC, presentó solicitud de modificación al Registro Sanitario mencionado, en el sentido de obtener aprobación para ADICIÓN DE REFERENCIAS.

CONSIDERACIONES AL DESPACHO

Que ante este Instituto se ha solicitado la concesión de una modificación con base en la verificación de la documentación técnico legal allegada ante la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías, emitiendo concepto favorable para la expedición de esta modificación.

En consecuencia a lo anterior, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 582 del 04 de Abril de 2017, el INVIMA de acuerdo con las facultades de inspección, vigilancia y control, podrá verificar en cualquier momento la información suministrada para la modificación automática, teniendo en cuenta el riesgo del dispositivo médico.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: MODIFICAR la Resolución 2013012739 del 16/05/2013 que concedió Registro Sanitario número INVIMA 2013DM-0009937 a favor de MEDTRONIC INC con domicilio en ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA para el producto CD HORIZON ® SPINAL SYSTEM en la modalidad IMPORTAR Y VENDER , en el sentido de **APROBAR**

ADICIÓN DE REFERENCIAS SE ADICIONAN LAS SIGUIENTES REFERENCIAS

CFN	DESCRIPTION
4530020	Sterile Break-off Set Screw
45340004520	MAS 4.5mm Dia X 20mm Length Sterile
45340004535	MAS 4.5mm Dia X 35mm Length Sterile
45340004540	MAS 4.5mm Dia X 40mm Length Sterile
45340004545	MAS 4.5mm Dia X 45mm Length Sterile
45340005530	MAS 5.5mm Dia X 30mm Length Sterile
45340005535	MAS 5.5mm Dia X 35mm Length Sterile
45340005540	MAS 5.5mm Dia X 40mm Length Sterile
45340005545	MAS 5.5mm Dia X 45mm Length Sterile
45340005550	MAS 5.5mm Dia X 50mm Length Sterile
45340006530	MAS 6.5mm Dia x 30mm Length Sterile
45340006535	MAS 6.5mm Dia X 35mm Length Sterile

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 10 N.° 64/28
PBX: 2948700

Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2017044338 DE 20 de Octubre de 2017
Por la cual se Modifica una Resolución

El Director Técnico de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA , en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005, Ley 1437 de 2011 y Decreto 582 del 2017.

45340006540 MAS 6.5mm Dia X 40mm Length Sterile
45340006545 MAS 6.5mm Dia X 45mm Length Sterile
45340006550 MAS 6.5mm Dia X 50mm Length Sterile
45340006555 MAS 6.5mm Dia X 55mm Length Sterile
45340007535 MAS 7.5mm Dia X 35mm Length Sterile
45340007540 MAS 7.5mm Dia X 40mm Length Sterile
45340007545 MAS 7.5mm Dia X 45mm Length Sterile
45340007550 MAS 7.5mm Dia X 50mm Length Sterile
45340008560 MAS 8.5mm Dia X 60mm Length Sterile
4540020 Breakoff Set Screw
45410004520 FAS 4.5mm Dia X 20mm Length
45410005535 FAS 5.5mm Dia X 35mm Length
45410005540 FAS 5.5mm Dia X 40mm Length
45410005545 FAS 5.5mm Dia X 45mm Length
45410005550 FAS 5.5mm Dia X 50mm Length
45410006535 FAS 6.5mm Dia X 35mm Length
45410006540 FAS 6.5mm Dia X 40mm Length
45410006545 FAS 6.5mm Dia X 45mm Length
45410006550 FAS 6.5mm Dia X 50mm Length
45410008560 FAS 8.5mm Dia X 60mm Length
45440004520 MAS 4.5mm Dia X 20mm Length
45440004535 MAS 4.5mm Dia X 35mm Length
45440004540 MAS 4.5mm Dia X 40mm Length
45440004545 MAS 4.5mm Dia X 45mm Length
45440005530 MAS 5.5mm Dia X 30mm Length
45440005535 MAS 5.5mm Dia X 35mm Length
45440005540 MAS 5.5mm Dia X 40mm Length
45440005545 MAS 5.5mm Dia X 45mm Length
45440005550 MAS 5.5mm Dia X 50mm Length
45440006530 MAS 6.5mm Dia X 30mm Length
45440006535 MAS 6.5mm Dia X 35mm Length
45440006540 MAS 6.5mm Dia X 40mm Length
45440006545 MAS 6.5mm Dia X 45mm Length
45440006550 MAS 6.5mm Dia X 50mm Length
45440006555 MAS 6.5mm Dia X 55mm Length
45440007535 MAS 7.5mm Dia X 35mm Length
45440007540 MAS 7.5mm Dia X 40mm Length
45440007545 MAS 7.5mm Dia X 45mm Length
45440007550 MAS 7.5mm Dia X 50mm Length
45440008560 MAS 8.5mm Dia X 60mm Length
4591000 MAS Driver

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 10 N.° 64/28
PBX: 2948700

Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2017044338 DE 20 de Octubre de 2017
Por la cual se Modifica una Resolución

El Director Técnico de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA , en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005, Ley 1437 de 2011 y Decreto 582 del 2017.

5484328 SEQUENTIAL REDUCER OUTER ASSEMBLY
5484510 50cm ROD TEMPLATE
5485008V SEQUENTIAL REDUCTION INNER SLEEVE
7220031 CDH PEEK ROD SCREW GAUGE
7480100 DUAL ENDED FEELER
7480110 LUMBAR PROBE
7480122 SET SCREW STARTER
7480131 PROVISIONAL DRIVER, SHORT
7480136 5.5MM ROD REDUCER, LONG
7480142 LEGACY 5.5 ROCKER
7480150 CLOSED COUNTER-TORQUE
7480154 T27 WITH OBTURATOR
7480162 FRENCH BENDER W/ SILICONE HDLS
7480165 PARALLEL COMPRESSOR, SMALL
7480172 5.5MM TLIF/PLIF DISTRACTOR
7480175 ROD GRIPPER
7480255 INSITU BENDER-LEFT
7480260 INSITU BENDER-RIGHT
7480265 CORONAL PLANE BENDER-LEFT
7480270 CORONAL PLANE BENDER-RIGHT
7480280 LEGACY 5.5 FIXED SCRWDRVR
7480290 LEGACY 5.5 APICAL DEROTATOR
803-291 HOLT PROBE ROUND
803-292 HOLT PROBE ROUND STRAIGHT
808-530 TSRH FRENCH ROD BENDER
815-500 OFFSET HOOK HOLDER/ROCKER
815-905 DORSAL GRIP ROD HOLDER 5.5MM
823-366 CURVED PROBE
8350316 SETSCREW BREAKOFF DRIVER
836-011 Q/C RATCHET SCREWDRIVER HANDLE
836-015 5.5MM TAP
836-016 6.5MM TAP
836-018 7.5MM TAP
85603 ROD GRIPPER
8684500 4.5 TAP
9339082 MODIFIED QC RATCHET HANDLE
94632 COMPRESSION PLIERS 2 POSTITION
94633 CURVED SPREADER W/30 DEG AXIS
869-013 CP 4 ROD - 5.5MM DIA L=500MM
869-022 CP4 ROD - 5.5MM LINED L=500MM
869-012 CP ROD - 5.5MM DIA HEX END TI

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 10 N° 64/28
PBX: 2948700

Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2017044338 DE 20 de Octubre de 2017
Por la cual se Modifica una Resolución

El Director Técnico de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA , en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005, Ley 1437 de 2011 y Decreto 582 del 2017.

ARTICULO SEGUNDO: Contra la presente resolución procede únicamente el Recurso de Reposición, que deberá interponerse ante el DIRECTOR TECNICO DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y OTRAS TECNOLOGIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA, dentro de los DIEZ (10) días siguientes a su notificación, en los términos señalados en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de ejecutoria.

ARTICULO CUARTO:- Los Derechos que se deriven de esta Resolución quedaran sujetas al control posterior que debe realizar el Director Técnico de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías del INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA de conformidad con lo previsto por el artículo 2 del Decreto 582 del 04 de Abril de 2017.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Se expide en Bogotá D.C., el 20 de Octubre de 2017
Este espacio, hasta la firma se considera en blanco.



ELKIN HERNAN OTALVARO CIFUENTES
DIRECTOR TECNICO DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y OTRAS TECNOLOGIAS
Proyectó: Legal: agonzalezr, Técnico: asalgadoa

Firma válida

Firmado digitalmente por ELKIN HERNAN OTALVARO CIFUENTES
Fecha: 2017.10.23 07:04:47 COT
Razón: INVIMA
Locación: BOGOTA D.C., Colombia

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 10 N.°64/28
PBX: 2948700

Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS
INVIMA

A la fecha notifíquese personalmente a Erika C. Cortés

Con identificación No. 65765323 de Ibagué

y T.P. No. _____ de _____

de la Resolución No. 2017044338 de fecha 20/10/17.

En Bogotá 24 OCT 2017 Hora _____

Notificado Erika Cortés C.

Notificador _____

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2017052230 DE 06 DE DICIEMBRE DE 2017
Por la cual se Modifica una Resolución

El Director Técnico de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA , en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005 Ley, 1437 de 2011 y Decreto 582 de 2017.

EXPEDIENTE: 20057044 **RADICACIÓN:** 2017176398 **FECHA:** 01/12/2017
REGISTRO SANITARIO: INVIMA 2013DM-0009937 **VIGENCIA:** 04/06/2023

ANTECEDENTES

Que mediante Resolución No. 2013012739 de 16 de Mayo de 2013 el INVIMA concedió Registro Sanitario No. INVIMA 2013DM-0009937 para el producto CD HORIZON® SPINAL SYSTEM - SISTEMA DE IMPLANTES PARA COLUMNA - MEDTRONIC. a favor de MEDTRONIC INC con domicilio en ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA en la modalidad de IMPORTAR Y VENDER.

Que mediante Resolución No.2014005650 de 4 de Marzo de 2014 el INVIMA modificó la Resolución No. 2013012739 del 16/05/2013 en el sentido de aprobar la adición de referencias.

Que mediante RESOLUCION No. 2014018774 de 20 de Junio de 2014, el INVIMA MODIFICÓ la Resolución 2013012739 del 16/05/2013 en el sentido de OBTENER APROBACIÓN DE ADICIÓN DE REFERENCIAS.

Que mediante Resolución No. 2016008210 del 9 de Marzo de 2016, el INVIMA modificó la Resolución No.2013012739 del 16/05/2013, en el sentido de aprobar la adición de referencias.

Que mediante Resolución No. 2017044338 de 20 de Octubre de 2017, el INVIMA modificó la Resolución No. 2013012739 del 16/05/2013, en el sentido de aprobar la adición de referencias.

Que mediante escrito número 2017176398 radicado el 01 de Diciembre de 2017, la Doctora RUBIELA ARIAS DE FAJARDO, actuando en calidad de MEDTRONIC INC, presentó solicitud de modificación al Registro Sanitario mencionado, en el sentido de obtener aprobación para ADICIÓN DE REFERENCIA.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Que ante este Instituto se ha solicitado la concesión de una modificación con base en la verificación de la documentación técnico legal allegada ante la Dirección de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías, emitiendo concepto favorable para la expedición de esta modificación.

A lo anterior, de conformidad con el Artículo 2 del Decreto 582 del 04 de Abril de 2017, el INVIMA de acuerdo con las facultades de Inspección, Vigilancia y Control, podrá verificar en cualquier momento la información suministrada para la modificación automática, teniendo en cuenta el riesgo del Dispositivo Médico.

En consecuencia este Instituto,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: MODIFICAR la Resolución 2013012739 del 16/05/2013 que concedió Registro Sanitario número INVIMA 2013DM-0009937 a favor de MEDTRONIC INC con

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 10 N.° 64/28
PBX: 2948700

Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2017052230 DE 06 DE DICIEMBRE DE 2017
Por la cual se Modifica una Resolución

El Director Técnico de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA , en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005 Ley, 1437 de 2011 y Decreto 582 de 2017.

domicilio en ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA para el producto CD HORIZON ® SPINAL SYSTEM en la modalidad IMPORTAR Y VENDER, en el sentido de **APROBAR:**

ADICIÓN DE REFERENCIAS ALLEGADAS CON EL RADICADO NO. 2017176398:

CODE	DESCRIPCION
1555006100	100MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1476006100	100MM STRT ROD Ø4,75 CCM+ PERC CONNECT
1555006110	110MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1476006110	110MM STRT ROD Ø4,75 CCM+ PERC CONNECT
1555006120	120MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1476006120	120MM STRT ROD Ø4,75 CCM+ PERC CONNECT
1555006130	130MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1476006130	130MM STRT ROD Ø4,75 CCM+ PERC CONNECT
1555006140	140MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1476006140	140MM STRT ROD Ø4,75 CCM+ PERC CONNECT
1555006150	150MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1476006150	150MM STRT ROD Ø4,75 CCM+ PERC CONNECT
1555006160	160MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1476006160	160MM STRT ROD Ø4,75 CCM+ PERC CONNECT
1555006170	170MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1476006170	170MM STRT ROD Ø4,75 CCM+ PERC CONNECT
1555006180	180MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1476006180	180MM STRT ROD Ø4,75 CCM+ PERC CONNECT
1555006190	190MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1476006190	190MM STRT ROD Ø4,75 CCM+ PERC CONNECT
1555006200	200MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1476006200	200MM STRT ROD Ø4,75 CCM+ PERC CONNECT
1555006210	210MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1476006210	210MM STRT ROD Ø4,75 CCM+ PERC CONNECT
1555006220	220MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1476006220	220MM STRT ROD Ø4,75 CCM+ PERC CONNECT
1555006230	230MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1555006240	240MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1555006250	250MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1555006260	260MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
9010004030	4,75 CCM PREBENT PERCUTANEOUS ROD 30MM
9010004035	4,75 CCM PREBENT PERCUTANEOUS ROD 35MM
9010004040	4,75 CCM PREBENT PERCUTANEOUS ROD 40MM
9010004045	4,75 CCM PREBENT PERCUTANEOUS ROD 45MM
9010004050	4,75 CCM PREBENT PERCUTANEOUS ROD 50MM
9010004055	4,75 CCM PREBENT PERCUTANEOUS ROD 55MM
9010004060	4,75 CCM PREBENT PERCUTANEOUS ROD 60MM
9010004065	4,75 CCM PREBENT PERCUTANEOUS ROD 65MM
9010004070	4,75 CCM PREBENT PERCUTANEOUS ROD 70MM
9010004075	4,75 CCM PREBENT PERCUTANEOUS ROD 75MM
9010004080	4,75 CCM PREBENT PERCUTANEOUS ROD 80MM
9010005030	5,5 CPTI PREBENT PERCUTANEOUS ROD 30MM

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 10 N.° 64/28
PBX: 2948700

Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2017052230 DE 06 DE DICIEMBRE DE 2017
Por la cual se Modifica una Resolución

El Director Técnico de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA , en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005 Ley, 1437 de 2011 y Decreto 582 de 2017.

9010005035	5,5 CPTI PREBENT PERCUTANEOUS ROD 35MM
9010005040	5,5 CPTI PREBENT PERCUTANEOUS ROD 40MM
9010005045	5,5 CPTI PREBENT PERCUTANEOUS ROD 45MM
9010005050	5,5 CPTI PREBENT PERCUTANEOUS ROD 50MM
9010005055	5,5 CPTI PREBENT PERCUTANEOUS ROD 55MM
9010005060	5,5 CPTI PREBENT PERCUTANEOUS ROD 60MM
9010005065	5,5 CPTI PREBENT PERCUTANEOUS ROD 65MM
9010005070	5,5 CPTI PREBENT PERCUTANEOUS ROD 70MM
9010005075	5,5 CPTI PREBENT PERCUTANEOUS ROD 75MM
9010005080	5,5 CPTI PREBENT PERCUTANEOUS ROD 80MM
7578945	5,5 INSITU BENDER (LEFT) [20/45]
7578930	5,5 INSITU BENDER (RIGHT) [20/45]
1555006070	70MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1476006070	70MM STRT ROD Ø4,75 CCM+ PERC CONNECT
5484840	8,5MM CANNULATED TAP
1555006080	80MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1476006080	80MM STRT ROD Ø4,75 CCM+ PERC CONNECT
5484841	9,5MM CANNULATED TAP
1555006090	90MM STRAIGHT ROD, Ø5,5 CHROMALOY
1476006090	90MM STRT ROD Ø4,75 CCM+ PERC CONNECT
55811014525	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 4,5 X 25
55811014530	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 4,5 X 30
55811014535	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 4,5 X 35
55811014540	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 4,5 X 40
55811014545	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 4,5 X 45
55811015530	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 5,5 X 30
55811015535	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 5,5 X 35
55811015540	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 5,5 X 40
55811015545	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 5,5 X 45
55811015550	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 5,5 X 50
55811016530	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 6,5 X 30
55811016535	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 6,5 X 35
55811016540	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 6,5 X 40
55811016545	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 6,5 X 45
55811016550	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 6,5 X 50
55811016555	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 6,5 X 55
55811017535	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 7,5 X 35
55811017540	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 7,5 X 40
55811017545	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 7,5 X 45
55811017550	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 7,5 X 50
55811017555	CNSAS ASSEMBLY 5,5/6,0 ROD, 7,5 X 55
7578003	COMPRESSOR 9CM
7578801	COUNTER TORQUE
5484907	DISTRACTOR
5584928	FAS DRIVER
7578309	LONGITUDE 2 REDUCTION NUT DRIVER
7578301	LONGITUDE LX EXTENDER (4,75)

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 10 N.° 64/28
PBX: 2948700

Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA

RESOLUCION No. 2017052230 DE 06 DE DICIEMBRE DE 2017
Por la cual se Modifica una Resolución

El Director Técnico de Dispositivos Médicos y otras Tecnologías DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA , en ejercicio de las facultades legales, Decreto 2078 de 2012, Decreto 4725 de 2005 Ley, 1437 de 2011 y Decreto 582 de 2017.

7578302	LONGITUDE LX EXTENDER (5,5/6,0)
7578911	LONGITUDE LX ROD CONFIRMATION TOOL
5484901	MAST DEF 4,75 RMAS DRIVER
5584099	MAST DEF 5,5/6,0 RMAS DRIVER
5584999	MAST DEF MAS SCREW DRIVER
5584922	MAST DEF T25 BALL-END REMOVAL
9010000849	PERCUTANEOUS ROD INSERTER
G900000	RATCHETING HANDLE
G900100	RATCHETING T-HANDLE
5484902	SEQUENTIAL REDUCER
7578900	SET SCREW RETAINING DRIVER

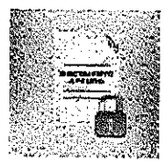
ARTICULO SEGUNDO: Contra la presente resolución procede únicamente el Recurso de Reposición, que deberá interponerse ante el DIRECTOR TECNICO DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y OTRAS TECNOLOGIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA, dentro de los DIEZ (10) días siguientes a su notificación, en los términos señalados en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de ejecutoria.

ARTICULO CUARTO:- Los Derechos que se deriven de esta Resolución quedaran sujetas al control posterior que debe realizar el Director Técnico de Dispositivos Médicos y Otras Tecnologías del INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS INVIMA de conformidad con lo previsto por el artículo 2 del Decreto 582 del 04 de Abril de 2017.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Se expide en Bogotá D.C., el 06 de Diciembre de 2017
Este espacio, hasta la firma se considera en blanco.



ELKIN HERNAN OTALVARO CIFUENTES
DIRECTOR TECNICO DE DISPOSITIVOS MEDICOS Y OTRAS TECNOLOGIAS
Proyectó: Legal: arojass, Técnico: yruedav Revisó:

Firma válida

Firmado digitalmente por ELKIN HERNAN OTALVARO CIFUENTES
Fecha: 2017.12.06 15:59:4[illegible]
Razón: Invima
Locación: BOGOTA D.C., Colombia

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA
Carrera 10 N.° 64/28
PBX: 2948700

Bogotá - Colombia
www.invima.gov.co

GP 202 - 1 SC 7341 - 1 CO-SC-7341-1

INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS
INVIMA

A la fecha notifíquese personalmente a Erika C. Cortés
Con identificación No. 65766323 de Ibagué
y T.P. No. _____ de _____
de la Resolución No. 2017052230 de fecha 6/12/17
En Bogotá 12 DIC 2017 Hora _____
Notificado Carlos A.
Notificador _____