

CAOF

Fecha: 22.06.2021

Hora: 12:57:13

Nombre: JESUS SILVA DE MEDINA

Documento de Identificación: Cédula Ciudadani 41525526

Indicaciones:

PACIENTE FEMENINA DE 72 AÑOS CON ANTECEDENTE DE INFECCION POR SARS 2 COVID 19 HACE 1 MES QUE REQUIRIO HOSPITALIZACION POR DESATURACION ACTUALMENTE CON OXIENO REQUIRENTE, POR LO QUE SE SUPENDE DURANTE CONSULTA MEDICA Y SE EVIDENCIA SATURACION DE 82 %, POR LO QUE PACIENTE DEBE DE CONTINUAR CON OXIGENO SUPLEMENTARIO + TERAPIA RESPIRATORIA, SE ESPERARA CONCEPTO DE ESPECIALIDAD PARA TOMA DE CONDUCTAS ADICIONALES.

Nombre Prestador: BUENO, DAYAN

Documento de Identificación: 1018461831

Especialidad del médico: MEDICINA GENERAL

Lugar de Atención: CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COL

## IDENTIFICACIÓN

COLSUBSIDIO NIT 860007336-1

Nombre del Paciente	JESUS ELENA SILVA DE MEDINA	Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía	Número de documento	41525526
Fecha de nacimiento	23/12/1948	Edad atención	72 años 5 meses	Edad actual	72 años 6 meses
Sexo	Femenino	Estado civil	Soltero/a	Ocupación	CESANTE
Dirección de domicilio	CRR 35 ESTE 38-16	Teléfono domicilio		Lugar de residencia	CUNDINAMARCA
Acudiente		Parentesco		Teléfono acudiente	
Acompañante		Teléfono acompañante			
Asegurador	FAM COLS SUB-EVENTO GBOGOTA	Categoría	A	Tipo de vinculación	RST: Reg Sub.Total
Episodio	54012944	Lugar de atención	CM PROGRAMA DOM	Cama	
Fecha de la atención	22/06/2021	Hora de atención	12:44:33		

## HISTORIA CLÍNICA GENERAL

**Estado de Ingreso:** Vivo  
**Causa externa:** Enfermedad general  
**Finalidad de la consulta:** No Aplica  
**Motivo de consulta:** ATENCION DOMICILIARIA

**Enfermedad actual:**

CC: 41525526 DIRECCION: CARRERA 35ESTE N 38D -16 CIUDADELA SUCRE TELEFONO: 3104562031 ESTADO CIVIL:VIUDA OCUPACION: AMA DE CASA ESCOLARIDAD: PRIMARIA INCOMPLETA EMAIL: nataliamedinasilva89@gmail.com INFORMANTE: LILIANA MEDINA - FABIOLA MEDINA Screening Respiratorio: ¿Ha viajado fuera de Bogotá en los últimos 15 días?: NO ¿Ha tenido contacto con personas provenientes del extranjero en los últimos 15 días?: NO ¿Ha tenido contacto con personas con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID19?: NO ¿Tiene tos?: NO ¿Tiene fiebre?: NO ¿Siente fatiga?: NO ¿Siente ahogo?: NO ¿Tiene dolor de garganta?: NO ¿Tiene algún otro síntoma respiratorio o gastrointestinal?: NO PREVIA FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, SE INICIA CONSULTA MÉDICA DOMICILIARIA CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA HIJA FABIOLA, QUIEN REFIERE, QUE ULTIMAMENTE PRESENTA IDEAS DELIRANTES, NIEGA DISNEA, NIEGA PICOS FEBRILES PACIENTE CON DIAGNOSTICOS: HIPERTENSION ARTERIAL HIPOTIROIDISMO ARTROSIS ANTECEDENTE DE INFECCION POR SARS 2 COVID 19 HACE 1 MES EN TRATAMIENTO CON: LOSARTAN 50 MG VO CADA 12 HORAS LEVOTIROXINA 50 CG EN AYUNAS PARACLINICOS: NO HAY NUEVOS PARA REPORTAR EVALUACIÓN PSICOLÓGICA: 1. ¿SE HA SENTIDO NERVIOSO, ANGUSTIADO, O MUY TENSO?: EL PACIENTE NIEGA 2. ¿ES CAPAZ DE CONTROLAR LAS PREOCUPACIONES?: EL PACIENTE NIEGA 3. ¿SE SIENTE MUY INQUIETO POR DIFERENTES COSAS?: EL PACIENTE NIEGA 4. ¿TIENE PROBLEMAS PARA RELAJARSE?: EL PACIENTE NIEGA 5. ¿TIENDE A ENFADARSE O IRRITARSE CON FACILIDAD?: EL PACIENTE NIEGA 6. ¿TIENE POCO INTERÉS O ALEGRÍA POR HACER COSAS?: EL PACIENTE NIEGA 7. ¿SE SIENTE DECAÍDO, DEPRIMIDO O SIN ESPERANZA?: EL PACIENTE NIEGA ADHERENCIA A TRATAMIENTO: 1. ¿OLVIDA ALGUNA VEZ TOMAR LOS MEDICAMENTOS PARA TRATAR SU ENFERMEDAD? NO 2. ¿TOMA LOS MEDICAMENTOS A LAS HORAS INDICADAS? SI 3. CUANDO SE ENCUENTRA BIEN, ¿DEJA DE TOMAR LA MEDICACIÓN? NO 4. SI ALGUNA VEZ LE SIENTA MAL, ¿DEJA USTED DE TOMARLA? NO

**Revisión por Sistemas**

Endocrinológico: NIEGA SÍNTOMAS  
Órganos de los sentidos: NIEGA SÍNTOMAS  
Cardiopulmonar: NIEGA SÍNTOMAS  
Gastrointestinal: NIEGA SÍNTOMAS  
Genitourinario: DIURESIS Y DEPOSICIONES USUALES  
Osteomuscular: NIEGA SÍNTOMAS  
Neurológico: NIEGA SÍNTOMAS  
Piel y Faneras: NIEGA SÍNTOMAS  
Otros: NIEGA SÍNTOMAS

**Examen Físico**

Estado general: Bueno  
Estado de conciencia: Alerta  
Estado de hidratación: Hidratado  
Estado respiratorio: Sin signos de dificultad respiratoria

**IDENTIFICACIÓN**

Nombre del paciente **JESUS ELENA SILVA DE MEDINA** Tipo de documento Cédula de Ciudadanía Número de documento 41525526

**Hallazgos**

Cabeza: NORMOCÉFALO, SIN LESIONES  
Ojos: ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS  
Otorrinolaringología: SIN ALTERACIONES  
Boca: MUCOSA ORAL HÚMEDA, OROFARINGE SIN LESIONES  
Cuello: MÓVIL, SIN ADENOPATÍAS. NO ES DOLOROSO.  
Tórax: NORMOEXPANSIBLE, SIN DEFORMIDADES, NO HAY TIRAJES.  
Cardio-respiratorio: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE SIN AGR  
Abdomen: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO. NO SE PALPAN MASAS.  
Genitourinario: NO EXPLORADO  
Osteomuscular: BUEN TONO MUSCULAR, ADECUADA PERFUSIÓN DISTAL.  
Sist. Nervioso central: SIN DATOS DE FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA  
Examen mental: SIN ALTERACIONES  
Piel y faneras: NORMAL  
Otros hallazgos: NO APLICA

Responsable: BUENO, DAYAN

Documento de Identidad: 1018461831

Especialidad: MEDICINA GENERAL