

Break Point V2.0. R.1.5

# SOLICITUD MEDICA

Fecha de Atencion: 2022-06-04

Sede: SUBA  
 Paciente: MARIA DE JESUS PIERNAGORDA VDA DE SANCHEZ  
 Contrato: FAMILIAR POS-CAP BOGOTA > 18  
 Tipo de Usuario: BENEFICIARIO  
 Solicitada por: KEILA DANIANNA BULLA GUATAQUIRA

Dirección: Cra 113C #142A-98  
 ID: 20943623  
 Plan: CONTRIBUTIVO

Teléfono: 3077011  
 Semanas: 4  
 Sede Afiliado: CALLE 48  
 Rango: 1

Diagnóstico: E106

CODIGO	MEDICAMENTO	PRESENTACION	CANTIDAD	DIAS TRAT	NOTA A CLARATORIA
600822.00	LINAGLIPTINA	TABLETA ORAL 5mg	30	30	NOTA A CLARATORIA TOMAR UNA TABLETA AL DIA *****RESOLUCION 521, ATENCION DOMICILIARIA, FORMULA PARA 3 MESES, RM1019067463, MDKEILA BULLA, NO SE TIENE SELLO Y FIRMA ELECTRONICA***** OXIGENO POR CANULA NASAL 2 LITRO POR MINUTO 18 HORAS DIARIAS *****RESOLUCION 521, ATENCION DOMICILIARIA, FORMULA PARA 3 MESES, RM1019067463, MDKEILA BULLA, NO SE TIENE SELLO Y FIRMA ELECTRONICA*****
23923.00	OXIGENO	Gas	1	30	

Profesional : - - Firmado Electrónicamente.

Fecha: 04/05/2022 Hora: 18:17:27

Break Point V2.0, R.1.5

# SOLICITUD MEDICA

Fecha de Atencion: 2022-07-04

Dirección: Cra 113C #142A-98

Teléfono: 3077011

Sede: SUBA  
Paciente: MARIA DE JESUS PIERNAGORDA VDA DE SANCHEZ  
Contrato: FAMILIAR POS-CAP BOGOTA > 18

ID: 20943523  
Plan: CONTRIBUTIVO

Semanas: 4  
Sede Afiliado: CALLE 48  
Rango: 1

Tipo de Usuario: BENEFICIARIO  
Solicitada por: KEILA DANIANA BULLA GUATAQUIRA

Diagnostico: E106

CODIGO	MEDICAMENTO	PRESENTACION	CANTIDAD	DIAS TRAT.	NOTA/ACUARDATORIA
600822.00	LINAGLIPTINA	TABLETA ORAL 5mg	30	30	TOMAR UNA TABLETA AL DIA *****RESOLUCION 521, ATENCION DOMICILIARIA, FORMULA PARA 3 MESES, RM1019067463, MDKEILA BULLA, NO SE TIENE SELLO Y FIRMA ELECTRONICA**** OXIGENO POR CANULA NASAL 2 LITRO POR MINUTO 18 HORAS DIARIAS *****RESOLUCION 521, ATENCION DOMICILIARIA, FORMULA PARA 3 MESES, RM1019067463, MDKEILA BULLA, NO SE TIENE SELLO Y FIRMA ELECTRONICA****
23923.00	OXIGENO	Gas	1	30	

Profesional : - - Firmado Electrónicamente.

Fecha: 04/05/2022 Hora: 18:17:51

Autorizar  
sólo

Break Point V2.0. R.1.5

# SOLICITUD MEDICA

Fecha de Atencion: 2022-05-14

Sede: CALLE 48		Dirección: Cra13#48-47		Teléfono: 3077011	
Paciente: MARIA DE JESUS PIERNAGORDA VDA DE SANCHEZ		ID: 20943523			
Contrato: FAMISANAR POS-CAP BOGOTA > 18		Plan: CONTRIBUTIVO		Semanas: 4      Rango: 1	
Tipo de Usuario: BENEFICIARIO				Sede Afiliado: CALLE 48	
Solicitada por: JENNY HAMELINY HORMAZA ARTEAGA					
Diagnóstico: D485					
CODIGO	MEDICAMENTO	PRESENTACION	CANTIDAD	DIAS TRAT.	NOTA ACLARATORIA
604624.00	ACIDO FUSIDICO	2 % CRE TOPICA TUBO	1	10	APLICAR 2 VECES DIA POR 10 DIAS EN LESION



Autorizar

Profesional : - - Firmado Electrónicamente.

Fecha: 14/05/2022 Hora: 14:09:57

BREAK POINT V 2.0 R 1.0

**FORMULA MEDICA**

Fecha de Atención: 2022-05-14

Sede: CALLE 48	Dirección: Cra13#48-47	Teléfono: 3077011
Paciente: MARIA DE JESUS PIERNAGORDA VDA DE SANCHEZ	ID: 20943523	
Contrato: FAMISANAR POS-CAP BOGOTA > 18	Plan: CONTRIBUTIVO	Semanas: 4      Rango: 1
Tipo de Usuario: BENEFICIARIO		Sede Afiliado: CALLE 48
Solicitada por: JENNY HAMELINY HORMAZA ARTEAGA		

CODIGO	MEDICAMENTOS	PRESENTACION	CANTIDAD	DOSIFICACION	DIAS TRAT.
A - 604624.00	ACIDO FUSIDICO	2 % CRE TOPICA TUBO	1	APLICAR 2 VECES DIA POR 10 DIAS EN LESION	10

**Medicamento de dispensación controlada. Para su entrega debe presentar 1 formulas originales**

Firmado Electronicamente Por  
**JENNY HAMELINY HORMAZA ARTEAGA**  
Registro Médico: 52424896

Datos de Impresion Fecha: 14/05/2022 Hora: 14:09:55



AUT



**SALUD DOMICILIARIA**  
¡Comprometidos con tu bienestar!  
NIT 901324270-1

FECHA	18 May 2022	RECETARIO N°	
NOMBRE	Maria de Jesus Piernagorda	CIUDAD	Bogota D.C
DIAGNOSTICO	DM IR + HTA + ERC + EPOC + DEP FUNCIONAL	DOCUMENTO	CC 20943523
CONTACTO/RESPONSABLE		EAPB	Famisanar
		AUTORIZACIÓN N°	

SS //

CONTROL POR MEDICO PLAN DE ATENCIÓN  
DOMICILIARIA EN 1 MES.

Se sugiere para iguales fechas.

Formula Valida por 1 mes

S&B Salud Domiciliaria S.A.S. PBX:601 7495127 TEL:3185233421-3188169073-3157701313  
Calle 140C # 94D-38 Consultorio 508 Centro Medico Cifuentes. Bogotá D.C - Colombia  
www.sybsaluddomiciliaria.com gerencia@sybsaluddomiciliaria.com



**SALUD DOMICILIARIA**  
¡Comprometidos con tu bienestar!  
NIT 901324270-1

FECHA	18 May 2022	RECETARIO N°	
NOMBRE	Maria de Jesus Piernagorda	CIUDAD	Bogota D.C
DIAGNOSTICO	DM IR + HTA + ERC + EPOC + DEP FUNCIONAL	DOCUMENTO	CC 20943523
CONTACTO/RESPONSABLE		EAPB	Famisanar
		AUTORIZACIÓN N°	

SS //

SS Hemograma (#1), Colesterol Total (#1), Creatinina  
en Suero (#1), Uroanálisis (#1), Hemoglobina  
Glicosilada (#1), Glucosa en Ayunas Suero (#1),  
Triglicéridos (#1), Colesterol HDL (#1)

TOMA DOMICILIARIA PROGRAMAR CON SU EPS

Formula Valida por 1 mes

S&B Salud Domiciliaria S.A.S. PBX:601 7495127 TEL:3185233421-3188169073-3157701313  
Calle 140C # 94D-38 Consultorio 508 Centro Medico Cifuentes. Bogotá D.C - Colombia  
www.sybsaluddomiciliaria.com gerencia@sybsaluddomiciliaria.com



**S&B**  
**SALUD DOMICILIARIA**  
 ¡Comprometidos con tu bienestar!  
 NIT 901324270-1

FECHA	18 May 2022	RECETARIO N°	
NOMBRE	Maria de Jesus Piernagorda	CIUDAD	Bogota D.C
DIAGNOSTICO	DM IR + HTA + ERC + EPOC + DEP FUNCIONAL	DOCUMENTO	CC 20943523
CONTACTO/RESPONSABLE		EAPB	Famisanar
		AUTORIZACIÓN N°	

SS //

SS Inograma (Cloro Sodio Potasio Calcio) (#1)

TOMA DOMICILIARIA PROGRAMAR CON SU EPS

Formula Valida por 1 mes



S&B Salud Domiciliaria S.A.S. PBX:601 7495127 TEL:3185233421-3188169073-3157701313  
 Calle 140C # 94D-38 Consultorio 508 Centro Medico Cifuentes. Bogotá D.C - Colombia  
[www.sybsaluddomiciliaria.com](http://www.sybsaluddomiciliaria.com) [gerencia@sybsaluddomiciliaria.com](mailto:gerencia@sybsaluddomiciliaria.com)



**S&B**  
**SALUD DOMICILIARIA**  
 ¡Comprometidos con tu bienestar!  
 NIT 901324270-1

FECHA	18 May 2022	RECETARIO N°	
NOMBRE	Maria de Jesus Piernagorda	CIUDAD	Bogota D.C
DIAGNOSTICO	DM IR + HTA + ERC + EPOC + DEP FUNCIONAL	DOCUMENTO	CC 20943523
CONTACTO/RESPONSABLE		EAPB	Famisanar
		AUTORIZACIÓN N°	

SS //

SS Vitamina D 25 Hidroxi Total (Calciferol) (#1)

TOMA DOMICILIARIA PROGRAMAR CON SU EPS

Formula Valida por 1 meses



S&B Salud Domiciliaria S.A.S. PBX:601 7495127 TEL:3185233421-3188169073-3157701313  
 Calle 140C # 94D-38 Consultorio 508 Centro Medico Cifuentes. Bogotá D.C - Colombia  
[www.sybsaluddomiciliaria.com](http://www.sybsaluddomiciliaria.com) [gerencia@sybsaluddomiciliaria.com](mailto:gerencia@sybsaluddomiciliaria.com)



**S&B**  
**SALUD DOMICILIARIA**  
¡Comprometidos con tu bienestar!  
NIT 901324270-1

FECHA	18 May 2022	RECETARIO N°	
NOMBRE	María de Jesus Piernagorda	CIUDAD	Bogota D.C
DIAGNOSTICO	Trauma Raquimedular Hemiplejía	DOCUMENTO	CC 20943523
CONTACTO/RESPONSABLE		EAPB	Famisanar
		AUTORIZACIÓN N°	

SS //

0

(#30 botellas al mes, #90 tab por 3 meses)

Formula Valida por 3 meses

S&B Salud Domiciliaria S.A.S. PBX:601 7495127 TEL:3185233421-3188169073-3157701313  
Calle 140C # 94D-38 Consultorio 508 Centro Medico Cifuentes. Bogotá D.C - Colombia  
www.sybsaluddomiciliaria.com gerencia@sybsaluddomiciliaria.com



**S&B**  
**SALUD DOMICILIARIA**  
¡Comprometidos con tu bienestar!  
NIT 901324270-1

FECHA	18 May 2022	RECETARIO N°	
NOMBRE	María de Jesus Piernagorda	CIUDAD	Bogota D.C
DIAGNOSTICO	Trauma Raquimedular	DOCUMENTO	CC 20943523
CONTACTO/RESPONSABLE		EAPB	Famisanar
		AUTORIZACIÓN N°	

SS //

YA TIENE FORMULADO: Ins Glargina 8U noche,  
Amitriptilina 1 tab cada noche, Acetaminofen segun  
dolor

Tapabocas para manejo de paciente caja x100 #3 por  
1 mes, #9 por 3 meses

Formula Valida por 3 meses

S&B Salud Domiciliaria S.A.S. PBX:601 7495127 TEL:3185233421-3188169073-3157701313  
Calle 140C # 94D-38 Consultorio 508 Centro Medico Cifuentes. Bogotá D.C - Colombia  
www.sybsaluddomiciliaria.com gerencia@sybsaluddomiciliaria.com

**S&B****SALUD DOMICILIARIA**¡Comprometidos con tu bienestar!  
NIT 901324270-1

FECHA 18 May 2022

NOMBRE Maria de Jesus Piernagorda

DIAGNOSTICO DM IR + HTA + ERC + EPOC + DEP FUNCIONAL

CONTACTO/RESPONSABLE

RECETARIO N°

CIUDAD Bogota D.C

DOCUMENTO CC 20943523

EAPB Famisanar

AUTORIZACIÓN N°

SS //

Terapia Fisica 3 veces por semana por 1 mes (12 terapias), Terapia Respiratoria 2 veces por semana por 1 mes (8 terapias), Terapia Ocupacional 3 veces por semana por 1 mes (12 terapias).

Formula Valida por 1 mes

Maria de Jesus Piernagorda  
C.C. 20943523  
C.U. 1.985.825.161

S&B Salud Domiciliaria S.A.S. PBX:601 7495127 TEL:3185233421-3188169073-3157701313  
Calle 140C # 94D-38 Consultorio 508 Centro Medico Cifuentes, Bogotá D.C - Colombia  
www.sybsaluddomiciliaria.com gerencia@sybsaluddomiciliaria.com

**S&B****SALUD DOMICILIARIA**¡Comprometidos con tu bienestar!  
NIT 901324270-1

FECHA 18 May 2022

NOMBRE Maria de Jesus Piernagorda

DIAGNOSTICO Trauma Raquimedular

CONTACTO/RESPONSABLE

RECETARIO N°

CIUDAD Bogota D.C

DOCUMENTO CC 20943523

EAPB Famisanar

AUTORIZACIÓN N°

SS //

Enfermeria Turnos 3 horas al dia por 1 mes (30 turnos).

Formula Valida por 1 mes

Maria de Jesus Piernagorda  
C.C. 20943523  
C.U. 1.985.825.161

S&B Salud Domiciliaria S.A.S. PBX:601 7495127 TEL:3185233421-3188169073-3157701313  
Calle 140C # 94D-38 Consultorio 508 Centro Medico Cifuentes, Bogotá D.C - Colombia  
www.sybsaluddomiciliaria.com gerencia@sybsaluddomiciliaria.com



**S&B**  
SALUD DOMICILIARIA  
¡Comprometidos con tu bienestar!

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código: INF-PR-01

Versión: 001

Fecha aprobación: Abril 1 de 2022

Procesos de Apoyo  
Gestión de Infraestructura

FECHA: 18 May 2022

CIUDAD: Bogota D.C

Yo Maria de Jesus Piernagorda, mayor de edad, en calidad de paciente, y yo Miriam Sanchez en calidad de responsable del paciente, identificados como aparece al pie de nuestras firmas, manifestamos que el paciente ha sido atendido, interrogado de los antecedentes y se le ha realizado una completa valoración clínica.

Hemos sido informados que la resolución 5261 del 05 Agosto de 1994 del Ministerio de Salud hoy Ministerio de la Protección Social, en su artículo 8º, prevé la ASISTENCIA DOMICILIARIA y la define como "Aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo del personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la cual se hará de acuerdo a las guías de atención integral establecidas para tal fin" y que el artículo 33º de esta misma resolución, define la procedencia de este tipo de asistencia. Entendemos las ventajas y bondades de los Servicios de atención domiciliaria para el tratamiento y bienestar del paciente y la significación de la activa participación de la familia cuando contribuye a la recuperación o al mantenimiento de condiciones dignas para la vida del paciente.

Tenemos conocimiento que de acuerdo con la historia clínica del paciente, al egreso de la IPS HOSPITALARIA para continuar su atención en forma domiciliaria, su condición ha sido identificada mediante los siguientes diagnósticos y pronóstico: DM Insulino Requiriente con Complicaciones

para lo cual el tratamiento

es TF  TO  TR  TL  SERV. ENFERMERIA  MÉDICO

El cual será administrado en la modalidad domiciliaria.

Reportamos como domicilio actual para la atención del paciente la siguiente dirección: Cll 136 # 112-27 Apto 2

En la ciudad de Bogota D.C y nos obligamos a informar a S&B SALUD DOMICILIARIA S.A.S de manera inmediata, cualquier cambio de domicilio.

Hemos sido informados de que la medicina no es una ciencia exacta y que los tratamientos médico-asistenciales conllevan riesgos relacionados con la evolución de la enfermedad y las reacciones individuales propias del paciente al tratamiento o a los tratamientos instaurados para sus necesidades específicas. Tales riesgos pueden llegar a concretarse de diferentes maneras tales como la descompensación severa del paciente, pérdida del conocimiento, dolores sobre-agregados a los propios de la enfermedad que padece, como lo pueden ser fiebre, vómito recurrente, procesos infecciosos, hemorragias, pérdida de la estabilidad de cualquier de sus miembros, acciones por caídas, otros de carácter impredecible y aún la muerte. Otros Posibles riesgos que puedan presentar son: N/A

Entendemos y aceptamos que la duración y cobertura de los servicios de atención domiciliaria serán definidas por el médico tratante, conjuntamente con el equipo de salud responsable de dichas atenciones, pertenecientes a la red de prestadores de servicio de mi E.P.S, de conformidad con lo establecido por la Resolución No.05261 antes identificada.

Hemos sido informados de que la historia clínica permanecerá bajo la custodia del médico tratante y del equipo de salud responsable de las atenciones brindadas, quienes asumen las obligaciones de custodia, y conservación de la misma. S&B SALUD DOMICILIARIA, en calidad de custodio, facilitará al usuario o a su representante legal una copia de la historia clínica y de todos los documentos que la complementen, a fin de permitir su consulta por parte de otros profesionales de la salud, pertenecientes a la red de prestadores de servicios cuando así lo consideren necesario, quienes también asumen la obligación de reserva de dicho documento. La copia que permanezca en el domicilio del usuario se actualizará conforme se presenten nuevas solicitudes.

### COMPROMISO DE LA FAMILIA

El cuidador asume la obligación de responder por las vigilancias del paciente y garantizar que en todo momento éste permanecerá acompañado por un adulto responsable. Igualmente nos obligamos a mantener comunicación permanente con S&B SALUD DOMICILIARIA, atender las citas de seguimiento de manera puntual e informar sobre complicaciones, ingresos hospitalarios necesarios, cambios de plan de manejo, progresos en los tratamientos y desenlace del paciente. Nos comprometemos a cumplir estrictamente las instrucciones, tratamientos y recomendaciones impartidas por el personal tratante de S&B SALUD DOMICILIARIA.

Aceptamos que los servicios de atención domiciliaria generan los copagos y cuotas moderadoras a que haya lugar de acuerdo con la normatividad vigente y nos obligamos a pagarlos oportunamente. Tenemos conocimiento y aceptamos que son por cuenta del

Creado por COMITÉ DE CALIDAD	Visto Bueno WALTER DIEGO SANCHEZ Dirección Financiera y Contrataciones	Aprobado: LUZ HELENA BOLAÑO Gerente General	Fecha: Abril 1 de 2022
---------------------------------	--	---	------------------------



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código: INF-PR-01

Versión: 001

Fecha aprobación: Abril 1 de 2022

Procesos de Apoyo  
Gestión de Infraestructura

paciente y sus responsables los elementos básicos para su higiene personal, su alimentación adecuada y entre otros, los siguientes insumos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ e igualmente cualquier otro insumo no cubierto por el POS, el cual suministraremos oportunamente de acuerdo con las necesidades del paciente. Al firmar este formulario reconocemos que lo hemos leído o que nos ha sido leído y explicado y que comprendemos perfectamente su contenido. Se nos han dado amplias oportunidades de formular preguntas y todas las preguntas que hemos formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Todos los espacios en blanco o frases por completar han sido llenados y todos los puntos en los que no estamos de acuerdo han sido marcados antes de firmar este consentimiento.

EL PACIENTE

C.C.

FIRMA PROFESIONAL RESPONSABLE

C.C.

EL RESPONSABLE DEL PACIENTE

C.C.

FIRMA TESTIGO 20.946.326

C.C.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** es un procedimiento a través del cual un paciente es informado respecto a todos los alcances de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que le serán practicados y que le permite decidir si acepta o rechaza la alternativa propuesta por el profesional de salud con total conocimiento de esta decisión, lo cual debe constar por escrito.

Consideraciones legales en Colombia.

La Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica, estableció en su artículo 15 que "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 puedan afectar física o psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente".

La Resolución 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica, en su artículo 11 define que son considerados anexos de la historia clínica; " todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes".

La Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, en su manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, en la página 34 definió en el estándar, de historia clínica y registros, que aplica para todos los servicios, que se debe contar "con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación".

La misma disposición, en la página 202, define 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".

Complementariamente, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido normatividad relacionada con la obligación de contar con el consentimiento informado que incluya algunas características definidas, para atenciones en salud específicas, entre las cuales se mencionan, consentimiento informado para: participación de investigaciones en salud (Resolución 8430 de 1993), manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) (Decreto 1543 de 1997), práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud (Resolución 2927 de 1998), manejo de componentes anatómicos y trasplantes (Decreto 2493 de 2004 y reglamentarios), atención en telemedicina (Resolución 1448 de 2006 ), atención en interrupción voluntaria del embarazo IVE (Resolución 4905 De 2008), atención en planificación familiar (Resolución 1973 de 2008 y relacionados ) y la atención en personas que consumen sustancias psicoactivas ( Ley 1586 de 2012). En virtud de la normatividad expuesta y ante la necesidad de garantizar que el consentimiento informado sea un acto profesional de comunicación con el paciente, buscando que sea entendido y consentido por él, se resaltan las siguientes instrucciones en el marco de la legislación vigente en Colombia, con el fin de fortalecer destrezas y competencias relacionadas con la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado, para que no se presenten errores en la atención y disminuir así la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos relacionados: 1. Son elementos del consentimiento informado los siguientes:

- **Voluntariedad:** acto mediante el cual un individuo libre ejerce su autodeterminación al autorizar cualquier intervención médica para sí mismo, en forma de medidas preventivas, de tratamiento, de rehabilitación o de participación en una investigación.
- **Información en cantidad suficiente:** sólo la reflexión basada en la relación que se ha establecido con un paciente en particular nos permitirá establecer cuáles son las necesidades reales de conocimiento del paciente respecto a su patología. La comunicación de la verdad en medicina constituye un imperativo ético, pero la determinación de la oportunidad de su comunicación sigue siendo un juicio clínico. La información que debe darse a un paciente determinado ha de entenderse como un proceso evolutivo, no como un acto clínico aislado dándole al enfermo la opción de escoger. Esto deberá adaptarse a la situación particular de cada paciente.
- **Información con calidad suficiente:** se considera que existen dos aspectos que pueden alterar la calidad de la información. La primera de carácter objetivo y se origina en el médico, la segunda es de carácter subjetivo y se origina en el paciente como receptor de la información. La información debe ser provista usando un lenguaje inteligible para el paciente, esto es de acuerdo a su nivel cultural y sus posibilidades de comprensión.
- **Competencia:** según la teoría del consentimiento informado, solo los pacientes competentes tienen el derecho ético y legal de aceptar o rechazar un procedimiento propuesto, o sea de otorgar o no el consentimiento. La competencia se define como "la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos para, a continuación, tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores".

Creado por  
COMITÉ DE CALIDAD

Visto Bueno  
WALTER DIEGO SANCHEZ  
Dirección Financiera y Contrataciones

Aprobado:  
LUZ HELENA BOLAÑO  
Gerente General

Fecha: Abril 1 de 2022



## S&B SALUD DOMICILIARIA S.A.S

NIT 901324270-1  
Dirección; Calle 140 C N°94 D-38 consultorio 508  
Teléfonos: 601 7495127 -315 7701313 -3185233421

### HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA No. CC 20943523 FECHA: 18 May 2022 HORA 09:50  
AUTORIZACION N° \_\_\_\_\_ FOLIO N° \_\_\_\_\_

#### DATOS GENERALES DEL PACIENTE

APellido y nombre: Maria de Jesus Piernagorda TIPO DE DOCUMENTO: CC 20943523  
EDAD: 98 SEXO: F FECHA DE NACIMIENTO: 28 Jul 2023 DIRECCION: Cll 136 # 112-27 Apto 2  
BARRIO: Villa Maria 2do Sector TELEFONO: 3118816015 CIUDAD: Bogota D.C EPS: Famisanar  
NOMBRE DE FAMILIAR: Miriam Sanchez TEL: 3118816015  
OCUPACION: \_\_\_\_\_ TELEFONOS: \_\_\_\_\_  
DIRECCION: Cll 136 # 112-27 Apto 2 BARRIO: Villa Maria 2do Sector  
ACCIDENTE DE LABORAL: SI: \_\_\_\_\_ NO:

ACUDIENTE: Miriam Sanchez PARENTESCO: Hija  
DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

SERVICIO: Plan de Atención Domiciliaria (PAD) Crónicos

#### ENFERMEDAD ACTUAL:

Pcte femenino de 98 años con dx DM Insulinorequiriente + HTA + EPOC Oxigenorequiriente en las noches + ERC + Diverticulosis + Colelitisis sin Colecistitis

#### MOTIVO DE CONSULTA

Control PAD

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

PATOLÓGICOS Ver Enf. Actual ALÉRGICOS No Conocidos FARMACOLÓGICOS Ver Plan de Manejo  
TÓXICOS No Conocidos QUIRÚRGICOS Apendicectomía  
OTROS No Conocidos

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRES: No Relevantes  
HERMANOS: No Relevantes  
HIJOS: No Relevantes

#### EXAMEN FISICO

Tensión Arterial	110/60	Alerta, isocoria normoreactiva, orientada, no signos meningeos. Hipoacusia bilateral. Normocefalia sin atracciones. Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos. Ruidos respiratorios conservados con sibilancias espiratorias. Abdomen globoso por paniculo adiposo no irritacion pritoneal. Extremidades moviles eutroficas perfusion distal conservada.
Frecuencia Cardiaca	75	
Saturación	91	
Frecuencia Respiratoria	20	
Temperatura	35.9	

Creado por:  
Comité de Calidad

V\*.B WALTER DIEGO SANCHEZ  
Dirección Financiera y Contrataciones

Aprobado:  
LUZ HELENA  
BOLAÑO  
Gerente General

Fecha: Septiembre de 2021

**S&B**

**SALUD DOMICILIARIA**  
 ¡Comprometidos con tu bienestar!

**S&B SALUD DOMICILIARIA S.A.S**

NIT 901324270-1

Dirección; Calle 140 C N°94 D-38 consultorio 508

Teléfonos: 601 7495127 -315 7701313 -3185233421

**EXAMEN MENTAL**

Alerta \_\_\_\_\_ Somnolencia \_\_\_\_\_ Estupor \_\_\_\_\_ Coma superficial \_\_\_\_\_  
 Coma profundo \_\_\_\_\_  
 Orientado \_\_\_\_\_ TIEMPO \_\_\_\_\_ PERSONA \_\_\_\_\_ ESPACIO \_\_\_\_\_  
 Estado de ánimo: deprimido \_\_\_\_\_ Ansioso \_\_\_\_\_ eufórico \_\_\_\_\_ Lábil \_\_\_\_\_ Plano \_\_\_\_\_  
 Lenguaje: Normal \_\_\_\_\_ Afasia \_\_\_\_\_  
 Especifique \_\_\_\_\_  
 Disartría \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_  
 Memoria reciente \_\_\_\_\_ Memoria retrograda \_\_\_\_\_  
 Dolor \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Localización \_\_\_\_\_ intensidad \_\_\_\_\_  
 Duración \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO.ACTUAL:**

Paciente femenino de 98 años con multiples comorbilidades. Al examen fisico estable clinica y hemodinamicamente sin soporte ventilatorio. Con requerimiento de oxigeno en las noches. Tiene pendiente formulacion de paraclínicos domiciliarios. Llama la atencion paciente con dependencia funcional severa barthel menor de 45 requiere enfermeria turnos 3 horas ar dia. Paciente con deterioro de movilidad quien requiere manejo por parte de terapia fisica y terapia ocupacional. Paciente enfermedad respiratoria cronica quien requiere manejo de mantenimiento por terapia respiratoria.

**EVOLUCION**

En tratamiento con Doxiciclina y Acido Fusidico por Infeccion de Tejidos Blandos en Miembros Superiores.

Se envia copia de historia clínica, fórmula y demás documentación relacionada al email [williamymiryam@gmail.com](mailto:williamymiryam@gmail.com)

**DIAGNÓSTICO:**

CIE10 1	Diabetes Mellitus Insulinorequiriente con Complicaciones Microvasculares
CIE10 2	Hipertension Arterial
CIE10 3	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica Oxigenorequiriente
CIE10 4	Infeccion de Tejidos Blandos
CIE10 5	

**PLAN DE MANEJO:** 1. Alta Médica con Recomendaciones y Signos de Alarma

2. Control por Médico del PAD en 1 mes
3. SS Hemograma (#1), Colesterol Total (#1), Creatinina en Suero (#1), Uroanálisis (#1), Hemoglobina Glicosilada (#1), Glucosa en Ayunas Suero (#1), Triglicéridos (#1), Colesterol HDL (#1)
4. SS Inograma (Cloro Sodio Potasio Calcio) (#1)
5. SS Vitamina D 25 Hidrox Total (Calciferol) (#1)
6. Terapia Fisica 3 veces por semana por 1 mes (12 terapias), Terapia Respiratoria 2 veces por semana por 1 mes (8 terapias), Terapia Ocupacional 3 veces por semana por 1 mes (12 terapias).
7. Enfermeria Turnos 3 horas al dia por 1 mes (30 turnos).
- 8.
- 9.
- 10.
11. YA TIENE FORMULADO: Ins Glargina 8U noche, Amitriptilina 1 tab cada noche, Acetaminofen segun dolor.
12. YA TIENE FORMULADO: Beclometasona c12 hrs, Ipratropio c8hrs, Furosemida c24hrs, Losartan 50mg c12hrs, Linagliptina c2hrs, Carvedilol 6.25mg c24hrs, Atorvastatins c24hrs

Walter Diego Sanchez  
 C.C. 1.099.825.161

**FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL**
**FIRMA DEL PACIENTE/FAMILIAR**

Creado por:  
 Comité de Calidad

V°.B WALTER DIEGO SANCHEZ  
 Dirección Financiera y Contrataciones

Aprobado:  
 LUZ HELENA  
 BOLAÑO  
 Gerente General

Fecha: Septiembre de 2021

Nombre: Maria de Jesus Piernagorda Historia Clínica: CC 20943523 Fecha: 18 May 2022

**ESCALA DE NORTON**

ITEM	CARACTERISTICAS	PUNTUACION
ESTADO GENERAL	4: Bueno 3: Débil 2: Malo 1: Muy malo	3
ESTADO MENTAL	4: Alerta 3: Apático 2: Confuso 1: Estuporoso, comatoso	3
ACTIVIDAD	4: Camina solo 3: Camina con ayuda 2: Sentado 1: En cama	3
MOVILIDAD	4: Total 3: Disminuida 2: Muy limitada 1: Inmóvil	2
INCONTINENCIA	4: Ninguna 3: Ocasional 2: Urinaria 1: Urinaria y fecal	1
TOTAL: <u>12</u>		RIESGO: _____

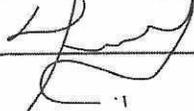
**LA CALSIFICACION DE RIESGO SERIA:**

- Puntuación de 5 a 11: Paciente de alto riesgo
- Puntuación de 12 a 14: Paciente de riesgo medio o evidente
- Puntuación de más de 14: Paciente de riesgo bajo o no riesgo

**FIRMA DEL PROFESIONAL**



**FIRMA DEL CUIDADOR**



<p>Creado por: Comité de Calidad</p>	<p>V°.B WALTER DIEGO SANCHEZ Dirección Financiera y Contrataciones</p>	<p>Aprobado: LUZ HELENA BOLAÑO Gerente General</p>	<p>Fecha: Septiembre de 2021</p>
--	--	--	----------------------------------

Table 1

**S&B****S&B SALUD DOMICILIARIA S.A.S**Nombre: María de Jesus Piernagorda Historia Clínica: CC 20943523**ESCALA DE BARTHEL**

Comida	10	<i>Independiente.</i> Capaz de comer por si solo en un tiempo razonables. La comida puede ser cocida y servida por otra persona	
	5	<i>Necesita ayuda</i> para corta la carne, extender la mantequilla ... pero es capaz de comer solo	X
	0	<i>Dependiente.</i> Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavado (baño)	5	<i>Independiente.</i> Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
	0	<i>Dependiente.</i> Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	X
Vestido	10	<i>Independiente.</i> capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
	5	<i>Necesita ayuda.</i> realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
	0	<i>Dependiente.</i> Necesita ayuda para las mismas	X
Arreglo	5	<i>Independiente.</i> Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	X
	0	<i>Dependiente.</i> Necesita alguna ayuda	
Deposición	10	<i>Contínente.</i> No presenta episodios de incontinencia	
	5	<i>Accidente ocasional.</i> Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios	
	0	<i>Incontinente.</i> Más de un episodio semanal	X
Micción	10	<i>Contínente.</i> No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (botella, sonda, orinal...)	
	5	<i>Accidente ocasional.</i> Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos	
	0	<i>Incontinente.</i> Más de un episodio en 24 horas	X
Ir al retrete	10	<i>Independiente.</i> Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
	5	<i>Necesita ayuda.</i> Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo	X
	0	<i>Dependiente.</i> Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/sillón)	15	<i>Independiente.</i> No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama	X
	10	<i>Mínima ayuda.</i> Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física	
	5	<i>Gran ayuda.</i> Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada	
	0	<i>Dependiente.</i> Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulación	15	<i>Independiente.</i> Puede andar 500 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo	
	10	<i>Necesita ayuda.</i> Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador	X
	5	<i>Independiente</i> en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión	
	0	<i>Dependiente.</i>	
Subir y bajar escaleras	10	<i>Independiente.</i> Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión	
	5	<i>Necesita ayuda.</i> Necesita ayuda o supervisión	
	0	<i>Dependiente.</i> Es Incapaz de salvar escalones	X
La Incapacidad funcional se valora como:	* Severa: <45 puntos * Grave: 45 – 59 puntos	* Moderada: 60 – 80 puntos * Ligera: 80 – 100 puntos	Puntuación total: 35/100

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL CUIDADOR

Creado por: Comité de Calidad	V. B WALTER DIEGO SANCHEZ Dirección Financiera y Contrataciones	Aprobado: LUZ HELENA BOLAÑO Gerente General	Fecha: Septiembre de 2021
----------------------------------	--	---	---------------------------