

Historia: 15036 Fecha Historia: 02/06/2015
Identificación: RC 1040123456 Nombre Afiliado: Maria Paola Barreto Gomez
Edad: 5 Mes Sexo: Femenino Estado Civil: SOLTERO Rango: Rango 2 (Estrato 2 Y 3)
Dirección: CLLE 154 156 98 Telefono: 4512569
Ciudad: Agrado Tipo Afiliado: Beneficiario
Empresa: Consorcio Ingenieria Bahia Malaga Cargo: Empleado Dependiente
Centro Atención: Uba 39 Pruebas
Profesional Médico: Paula Andrea Arias Baena
Especialidad del Médico: Dermatologia
Registro del Profesional Médico: 3332

Situacion Actual

Causa de Consulta

Motivo De Consulta

Prueba para teleconsulta con ITMS

Enfermedad Actual

Prueba para teleconsulta con ITMS

Evaluacion Integral del Menor 5 Años

Signos Generales de Peligro

Puede El Niño Beber O Tomar El Pecho? : No

Vomita Todo Lo Que Ingiere? : Si

Ha Tenido El Niño Convulsiones? : Si

Observar: Si El Niño Está Letárgico O Inconsciente : Si

Evaluacion de las Patologías mas frecuentes

Tiene El Niño Tos O Dificultad Para Respirar? : Si

Cuánto Tiempo Hace? : 01/06/2015

Hay Sibilancias? : Si

Es El Primer Episodio? : Si

Es Recurrente? : Si

Tiene Cuadro Gripal Previo? : Si

Ha Presentado Apneas? : Si

Fue Prematuro? : Si

Observar: Contar Las Respiraciones En Un Minuto : 11

Observar Si Hay Tiraje Subcostal : Si

Observar Y Determinar Si Presenta Saturación De O2<92% (<90% En Altura >2500 Msnm) : Si

Observar Y Auscultar Si Hay Estridor : Si

Observar Y Auscultar Si Hay Sibilancias : Si

Tiene El Niño Diarrea? : Si

Cuánto Tiempo Hace (dias)? : 1

Hay Sangre En Las Heces? : Si

Tiene Vómito? : Si

Cuántos Vómitos Ha Tenido En Las Últimas Cuatro Horas? : 1

Cuántas Deposiciones Ha Tenido En Las Últimas 24 Horas? : 1

Cuántas En La Últimas Cuatro Horas? : 1

Qué Alimentos Ha Recibido El Niño?

1

Qué Líquidos Ha Recibido?

1

Ha Recibido Algún Medicamento? : Si

Observar El Estado General Del Niño : Intranquilo o irritable

Observar El Estado De Los Ojos : Normales

Observar Si Cuando Se Le Ofrece Agua O Solución De Sro Para Beber: : Es incapaz de beber debido al estado de letargia o de

Observar La Turgencia Cutánea: ¿se Recupera El Pliegue Cutáneo? : Muy lentamente (más de 2 segundos)

Tiene El Niño Fiebre? : Si

Temperatura (°c) : 1

Cuánto Tiempo Hace (días)? : 1

Si Hace Más De Cinco Días: ¿ha Tenido Fiebre Todos Los Días? : Si

Procede O Visitó En Los Últimos 15 Días Un Área De Transmisión De Malaria O Un Área De Riesgo De Dengue : Si

Dolor Abdominal Continuo E Intenso : Si

Vómitos Persistentes : Si

Diarrea : Si

Somnolencia Y/o Irritabilidad : Si

Hipotensión Postural/lipotimias : Si

Hepatomegalia Dolorosa > 2 Cm : Si

Disminución De Diuresis : Si

Disminución Repentina De Temperatura/hipotermia : Si

Hemorragias En Mucosas : Si

Leucopenia (<4.000) : Si

Aumento Del Hematocrito 20% : Si

Trombocitopenia (<100.000) : Si

Extravasación Severa De Plasma (ascitis, Derrame Pleural, Edemas) : Si

Hemorragias Severas : Si

Cefalea : Si

Dolor Retroocular : Si

Mialgias : Si

Artralgias : Si

Exantema : Si

Postración : Si

Prueba De Torniquete Positiva : Si

Manifestaciones Leves De Sangrado : Si

Hemograma Sugestivo De Enfermedad Viral : Si

Observar El Aspecto: ¿es Tóxico? : Si

Observar: ¿tiene Apariencia De Enfermo Grave? : Si

Evaluar La Actitud Y Respuesta Frente Al Estímulo Social : No responde

Evaluar Las Características De La Piel : Piel pálida

Determinar Si Hay Manifestaciones De Sangrado : Si

Evaluar El Estado De Hidratación : Si

Observar Presencia De Erupción Cutánea Generalizada : Si

Determinar Si Tiene Rigidez De Nuca : Si
Manifestaciones Focales De Otras Infecciones Graves : Si
Evaluar Si Hay Otros Signos De Enfermedad : Si
Tiene El Niño Un Problema De Oídos? : Si
Tiene Dolor De Oído? : Si
Le Está Supurando El Oído? : Si
Hace Cuanto Tiempo (días)? : 1
Ha Tenido Más Episodios De Otitis Media? : Si
Cuántos Episodios En Los Últimos Seis Meses? : 1
Cuántos Episodios En El Último Año? : 1
Observar Si Hay Supuración De Oído : Si
Observar Si El Tímpano Está Rojo Y Abombado : Si
Palpar Para Determinar Si Hay Inflamación Dolorosa Detrás De La Oreja : Si
Tiene El Niño Un Problema De Garganta? : Si
Tiene Dolor De Garganta? : Si
Observar: Amígdalas Eritematosas Con Exudado Confluyente Blanquecinoamarillento? : Si
Palpar: Adenomegalia Cervical Anterior Dolorosa? : Si

Salud Oral

Tiene Dolor En La Boca? : Si
Ha Presentado Algún Trauma En Cara O Boca? : Si
Usa Biberón? : Si
Lo Usa En Las Noches? : Si

Verificar si el niño tiene anemia

Palidez Palmar : Intensa
Palidez Conjuntival : Leve

Verificar la posibilidad de maltrato en el niño

Existen Criterios De Maltrato Físico Con Peligro De Muerte Para El Niño? : Si
Presencia De Lesiones Físicas Graves Sugestivas : Si
Fracturas De Cráneo, Huesos Largos O De Reja Costal, Únicas O Múltiples, Sugestivas : Si
Hemorragias Retinianas : Si
Hematomas Subdurales O Subaracnoideos, Únicos O Múltiples : Si
Quemaduras Intencionales : Si
Equimosis En Niños Que No Deambulan O Equimosis Sugestivas A Cualquier Edad. : Si
Marcas De Mordedura Humana Por Adultos U Otras Impresiones Cutáneas Sugestivas De Agresión : Si
Incoherencia Del Relato Con Las Lesiones, La Edad Y El Nivel De Desarrollo Del Niño. : Si
Relato Por El Niño O Testigos De Las Lesiones. : Si
Existen Criterios De Abuso Sexual? : Si
Sangrado Vaginal O Anal Traumático Por Violencia : Si
Signos De Trauma Genital Con Sospecha De Manipulación O Penetración : Si
Hallazgo De Semen En Cualquier Parte Del Cuerpo Con Historia De Violencia Sexual. : Si
Diagnóstico De Sífilis, Gonorrea, Hiv (descartando Transmisión Vertical) : Si
Evidentes Expresiones De Actividad Sexual Inapropiadas Para La Edad : Si
Relato Por El Niño O Testigos De La Violencia Sexual : Si
Existe Maltrato Físico? : Si
Relato De Maltrato Físico Asociado O No Con Maltrato Emocional Y/o Negligencia : Si
Hallazgos Menores Al Examen Físico (huellas De Pellizcos, Equimosis) : Si
Hay Sospecha De Abuso Sexual? : Si
Diagnostico De Clamidia O Tricomoniasis : Si
Diagnóstico De Condilomatosis Genitalanal : Si

Cuerpos Extraños En Vagina O Ano : Si

Si El Cuidador, El Niño O Testigo Plantean La Posibilidad De Abuso Sexual : Si

Dolor O Molestias En El Área Genital No Explicados Por Causas Comunes : Si

Temor A Las Personas Adultas, Rechazo Al Padre U Otros Familiares O A Las Personas Cuidadoras : Si

Expresión De Comportamientos Sexualizados : Si

Niña O Niño En Situación De Calle : Si

Hay Maltrato Emocional O Por Negligencia Y/o Abandono? : Si

Relato De Maltrato Emocional O Negligencia : Si

Comportamiento Inadecuado De La Cuidadora O Cuidador : Si

Expresión De Problemas Emocionales En El Niño : Si

Patrones De Crianza Autoritaria O Negligente : Si

Exposición Del Niño A Violencia Intrafamiliar : Si

Acciones De Protección, De Asistencia Alimentaria Y De Educación Hacia El Niño Deficientes O Ausentes : Si

Niña O Niño Descuidado En Su Higiene O En Su Presentación Personal : Si

Niña O Niño Descuidado En Su Salud : Si

Niña O Niño En Situación De Calle : Si

Evaluar y Verificar condiciones del desarrollo del niño

Ha Presentado El Niño Un Problema Serio De Salud Hasta Hoy?

Prueba para teleconsulta con ITMS

Usted Y El Padre Del Niño Son Parientes?

Prueba para teleconsulta con ITMS

Existe Alguna Persona En La Familia Con Algun Problema Mental O Fisico?

Prueba para teleconsulta con ITMS

Cómo Y Con Quién Juega?

Prueba para teleconsulta con ITMS

Dónde Está La Mayor Parte Del Tiempo?

Prueba para teleconsulta con ITMS

Cómo Ve El Desarrollo De Su Hijo?

Prueba para teleconsulta con ITMS

Intenta Alcanzar Un Juguete : Si

Lleva Objetos A La Boca : Si

Localiza Un Sonido : Si

Gira : Si

Crecimiento del Niño

Observar Cómo Es La Apariencia Del Niño : Emaciación (MARASMO)

Determinar Si Hay Emaciación : Si

Verificar Si Hay Edema En Ambos Pies : Si

Antecedentes

Antecedentes Personales

Alergias : Si

A Que Es Alergico?

Animales

Polvo

Alimentos

Polen

Otros

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Alergia A Medicamentos : Si

En Que Año Se Le Hizo El Dx? : 2013

Acetaminofen - Cafeina Tableta 500 Mg + 50 Mg (cod 2866 - Laboratorios Siegfried S.a.s) -

Transplantes : Si

Cual?

Trasplante de hígado

Trasplante de riñón

Trasplante de corazón

Trasplante de médula ósea

Trasplante de cornea

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Hospitalarios : Si

Transfusiones : Si

Observaciones

Prueba para teleconsulta con ITMS

Antecedentes del embarazo y parto

Cuál Fue La Edad Gestacional? : 36

Fue Embarazo Múltiple? : Si

Cuánto Pesó Al Nacer? : 2500

Cuánto Midió Al Nacer? : 0.45

Cómo Fue El Embarazo?

Prueba para teleconsulta con ITMS

Cuánto Tiempo Duro?

Prueba para teleconsulta con ITMS

Cómo Fue El Parto?

Prueba para teleconsulta con ITMS

Presentó Algún Problema Despues Del Nacimiento?

Prueba para teleconsulta con ITMS

Edad De La Madre : 25

Grávida : 1

Partos : 0

Cesareas : 0

Abortos : 0

Hijos Vivos : 0

Puesto Que Ocupa El Niño O La Niña? : 1

Tuvo Control Prenatal : Si

Semana Que Inicio El Control : 30

Numero De Controles : 2

Sitio De Control

23

Recibio Hierro? : Si

Otros?

Normal

Patologías 1er Trimestre (embarazo) : Si
Dolor Agudo
Patologías 2do Trimestre (embarazo) : Si
Dolor Agudo
Patologías 3er Trimestre (embarazo) : Si
Dolor Agudo
Consumo De Drogas (en El Embarazo) : Si
Consumo De Alcohol (en El Embarazo) : Si
Consumo De Tabaco (en El Embarazo) : Si
Edad Gestacional Al Nacimiento (semanas) : 36
Duracion Del Parto : 36
Hubo Induccion En El Parto? : Si
Tipo De Nacimiento : Cesarea Programada
Presentación Cefálica : Si
Atendido En Institucion : Si
Donde?
Prueba para teleconsulta con ITMS
Anestesia : Si
Atendido Por Medico : Si

Condiciones del niño al nacer

Necesitó Reanimación : No llanto
Circular De Cordon? : Si
Apgar Al Minuto : 3
Apgar A Los 5 Minutos : 3
Peso (grs) : 2500
Talla (cms) : 0.45
Perímetro Cefál. (cms) : 23
Ictericia Antes De 24 Horas : Si
Ictericia Despues De 72 Horas : Si
Estuvo En Fototerapia : Si
Cuantos Dias? : 34
Problemas Después Del Nacimiento? : Si
Describe
Prueba para teleconsulta con ITMS
Estuvo Hospitalizado? : Si
Donde?
Prueba para teleconsulta con ITMS
Cuantos Dias? : 4
Resultado De Tsh : 4
Grupo Sanguíneo : O (+)

Revision por Sistemas

Otorrinolaringología

El Paciente Refiere : Si
Ha Tenido Alguna Molestia En La Nariz? : Si

Especifique : Cacosmia

Desde Cuando (dias)? : 3

Ha Tenido Molestias En La Garganta? : Si

Describe : Ardor

Desde Cuando (dias)? : 3

Se Asocia A Tos? : Si

Observaciones

Prueba para teleconsulta con ITMS

Examen Fisico

Signos vitales

Peso (kg) : 2

Talla (m) : 0.68

Imc (%) : 4.33

Determinar El Peso Para La Edad : ENTRE 2 Y 1 DE

Determinar La Talla Para La Edad : ENTRE 2 Y 1 DE

Determinar El Peso Para La Talla : ENTRE 2 Y 1 DE

Determinar Imc : ENTRE 1 Y 0 DE

Determinar La Tendencia Del Peso : Descendente

Perimetro Cefalico : 23

Perimetro Toracico : 23

Perimetro Abdominal (cm) : 23

Frecuencia Respiratoria : 23

Temp. (°c) : 23

Pulso : 23

Frecuencia Cardiaca : 23

P.a.s Sentado Brazo Derecho : 23

P.a.d Sentado Brazo Derecho : 23

P.a.s Sentado Brazo Izquierdo : 32

P.a.d Sentado Brazo Izquierdo : 32

P.a.s Acostado : 32

P.a.d Acostado : 23

Presion Arterial Media : 23

Ojos

Agudeza Visual

Prueba para teleconsulta con ITMS

Fondo De Ojo

Prueba para teleconsulta con ITMS

Observaciones

Prueba para teleconsulta con ITMS

Otorrino

Oidos : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Nariz : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Boca : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Garganta : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Observaciones

Prueba para teleconsulta con ITMS

Cuello

Cuello : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Tiroides : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Ingurgitación Yugular : Si

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Masas En El Cuello : Si

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Soplo : Si

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Observaciones

Prueba para teleconsulta con ITMS

Torax y cardiopulmonar

Corazón : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Pmi

Prueba para teleconsulta con ITMS

Rscs

Prueba para teleconsulta con ITMS

Soplos

Prueba para teleconsulta con ITMS

Pulmones : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Dolor A La Palpacion : Si

Disbalance Respiratorio : Si

Tirajes : Si

Especifique : Intercostal

Observaciones

Prueba para teleconsulta con ITMS

Abdomen

Masas : Si

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Megalias : Si

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Soplos : Si

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Ascitis : Si

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Observaciones

Prueba para teleconsulta con ITMS

Osteomuscular

Extremidades : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Edemas : Si

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Osteoarticular : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Pulsos Pedios - Izquierdo

Prueba para teleconsulta con ITMS

Pulsos Pedios - Derecho

Prueba para teleconsulta con ITMS

Pulsos Tibial Post. - Izquierdo

Prueba para teleconsulta con ITMS

Pulsos Tibial Post. - Derecho

Prueba para teleconsulta con ITMS

Observaciones

Prueba para teleconsulta con ITMS

Piel y anexos

Lesiones Piel : Si

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Color : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Observaciones

Prueba para teleconsulta con ITMS

Neurológico

Esfera Mental : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Estado De Conciencia : Obnubilado

Sensibilidad : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Fuerza : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Reflejos Osteotendinosos : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Pares Craneales : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Otros/especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Observaciones

Prueba para teleconsulta con ITMS

Cabeza

Alteraciones? : Si

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Observaciones Generales

Prueba para teleconsulta con ITMS

Genitourinario

Genitales : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Ano : Anormal

Especifique

Prueba para teleconsulta con ITMS

Observaciones Generales

Prueba para teleconsulta con ITMS

Vacunacion

Vacunacion

Antituberculosa - Bcg (unica Dosis)? : Si

Fecha Aplicacion : 02/06/2015

Difteria - Tos Ferina - Tétanos (dpt) (primera Dosis)? : Si

Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Difteria - Tos Ferina - Tétanos (dpt) (segunda Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Difteria - Tos Ferina - Tétanos (dpt) (tercera Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Difteria - Tos Ferina - Tétanos (dpt) (primer Refuerzo)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Difteria - Tos Ferina - Tétanos (dpt) (segundo Refuerzo)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Fiebre Amarilla (fa) (unica Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Haemophilus Influenzae Tipo B (primera Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Haemophilus Influenzae Tipo B (segunda Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Haemophilus Influenzae Tipo B (tercera Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Hepatitis B (de Recién Nacido) : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Hepatitis B (primera Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Hepatitis B (segunda Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Hepatitis B (tercera Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Sarampión Rubeola Paperas (srp) (unica Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Sarampión Rubéola Paperas (srp) (refuerzo)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Streptococo Neumonie (primera Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Streptococo Neumonie (segunda Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Streptococo Neumonie (tercera Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Vacuna De Influenza (primera Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Vacuna De Influenza (segunda Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Vacuna Oral De Polio - Vop (primera Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Vacuna Oral De Polio - Vop (segunda Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Vacuna Oral De Polio - Vop (tercera Dosis)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Vacuna Oral De Polio - Vop (primer Refuerzo)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015
Vacuna Oral De Polio - Vop (segundo Refuerzo)? : Si
Fecha Aplicacion : 02/06/2015

Vacuna Oral De Rotavirus (primera Dosis)? : Si

Fecha Aplicacion : 02/06/2015

Vacuna Oral De Rotavirus (segunda Dosis)? : Si

Fecha Aplicacion : 02/06/2015

Hepatitis A (unica Dosis) : Si

Fecha Aplicacion : 02/06/2015

Observacion

Prueba para teleconsulta con ITMS

Dx y Cx

Diagnóstico

Paciente Controlado : No

Conducta

Prueba para teleconsulta con ITMS

Diagnósticos Historia

Diagnóstico	Tipo Diagnóstico	Contingencia Origen	Observaciones
P071: Otro Peso Bajo Al Nacer	Impresion Diagnostica	Enfermedad General	Prueba Para Teleconsulta Con Itms