

## General

<b>Número historia:</b>	115493373	<b>Centro de atención:</b>	Unidad Basica Tulua
<b>Tipo documento:</b>	Registro Civil	<b>Tipo afiliado:</b>	Beneficiario
<b>Número documento:</b>	1116078471	<b>Prestador:</b>	Diego Fernando Molina Bermudez ( E D )
<b>Nombre completo:</b>	Samantha Ortiz Jaramillo	<b>Registro del Profesional Médico:</b>	94393477
<b>Edad:</b>	11 Meses (03-09-2014)	<b>Fecha de apertura:</b>	03-08-2015 16:10:13 PM
<b>Sexo:</b>	Femenino	<b>Fecha de cierre:</b>	03-08-2015 16:31:07 PM
<b>Estado civil:</b>	Soltero	<b>Duración (minutos):</b>	21
<b>Ocupación:</b>	Asistentes De Enseñanza En Educacion Preescolar	<b>Finalidad:</b>	No Aplica
<b>Dirección:</b>	KRA 24B 3C-21	<b>Causa externa:</b>	Enfermedad General
<b>Telefono:</b>	3185331649	<b>Historia general:</b>	Historia Clinica General [Ver Formato]
<b>Ciudad:</b>	Tulua	<b>Estado:</b>	Cerrada
<b>IPS médica asignada:</b>	Unidad Basica Tulua	<b>Cita asociada:</b>	148670391
		<b>Nombre cotizante:</b>	Anyelid Esmeralda Jaramillo Villada
		<b>Telefono cotizante:</b>	3137620
		<b>Parentesco cotizante:</b>	Hijo(a)
		<b>Nombre acompañante:</b>	
		<b>Telefono acompañante:</b>	
		<b>Nombre del responsable:</b>	Anyelid Esmeralda Jaramillo Villada
		<b>Telefono del responsable:</b>	3137620
		<b>Parentesco con el responsable:</b>	Madre
		<b>Procedencia:</b>	

## Cuestionarios

### Situacion Actual

#### Causa de Consulta

<b>Motivo de Consulta</b>	PARA CONTROL DE PEDIATRIA.	<b>Enfermedad Actual</b>	PACIENTE QUIEN ES TRAIDA POR LA MADRE DE LA PACIENTE, LA CUAL REFIERE QUE DESDE EL NACIMIENTO LA PACIENTE ESTA EN CONTROL CADA 3 MESES CON PEDIATRIA. COMENTA LA MADRE DE LA PACIENTE QUE DURANTE LA GESTACIÓN PRESENTÓ TOXOPLASMOSIS, PERO EL EXAMEN SOLICITADO A LA PACIENTE FUE NEGATIVO. MANIFIESTA LA MADRE DE LA PACIENTE QUE NOTA UN DESARROLLO NORMAL DE LA PACIENTE. NO MANIFIESTAN NINGUN OTRO MOTIVO DE CONSULTA. REFIEREN NO ESTAR CON NINGUN MEDICAMENTO NI COMPLEMENTO NUTRICIONAL.
---------------------------	----------------------------	--------------------------	---

## Evaluacion Integral del Menor 5 Años

#### Verificar la posibilidad de maltrato en el niño

<b>Existen criterios de maltrato físico con peligro de muerte para el niño?</b>	No	<b>Existen criterios de abuso sexual?</b>	No
<b>Existe maltrato físico?</b>	No	<b>Hay sospecha de abuso sexual?</b>	No
<b>Hay maltrato emocional o por negligencia y/o abandono?</b>	No		

#### Evaluar y Verificar condiciones del desarrollo del niño

<b>Ha presentado el niño un problema serio de salud hasta hoy?</b>	NO	<b>Usted y el padre del niño son parientes?</b>	NO
<b>Existe alguna persona en la familia con algun problema mental o fisico?</b>	NO	<b>Cómo y con quién juega?</b>	FAMILIARES
<b>Dónde está la mayor parte del tiempo?</b>	CASA	<b>Cómo ve el desarrollo de su hijo?</b>	NORMAL.
<b>Imita gestos</b>	Si	<b>Pinzas superior</b>	Si
<b>Jerga jerigonza</b>	Si	<b>Camina con apoyo</b>	Si

**Signos Generales de Peligro**

<b>Puede el niño beber o tomar el pecho?</b>	Si	<b>Vomita todo lo que ingiere?</b>	No
<b>Ha tenido el niño convulsiones?</b>	No	<b>Observar: si el niño está letárgico o inconsciente</b>	No

**Evaluacion de las Patologias mas frecuentes**

<b>Tiene el niño tos o dificultad para respirar?</b>	No	<b>Tiene el niño diarrea?</b>	No
<b>Tiene el niño fiebre?</b>	No	<b>Tiene el niño un problema de oídos?</b>	No
<b>Tiene el niño un problema de garganta?</b>	No		

**Salud Oral**

<b>Tiene dolor en algún diente?</b>	No	<b>Tiene dolor en la boca?</b>	No
<b>Ha presentado algún trauma en cara o boca?</b>	No	<b>Tienen los padres o los hermanos del niño caries?</b>	No
<b>Quién cepilla los dientes del niño?</b>	Otros Familiares	<b>Utiliza seda dental?</b>	No
<b>Cuántas veces al día cepillan los dientes del niño?</b>	2	<b>Usa biberón?</b>	Si

**Crecimiento del Niño**

<b>Observar cómo es la apariencia del niño</b>	Normal	<b>Determinar si hay emaciación</b>	No
<b>Verificar si hay edema en ambos pies</b>	No		

**Verificar si el niño tiene anemia**

<b>Palidez palmar</b>	No tiene	<b>Palidez conjuntival</b>	No tiene
-----------------------	----------	----------------------------	----------

## Antecedentes

**Antecedentes del embarazo y parto**

<b>Cuál fue la edad gestacional?</b>	40	<b>Fue embarazo múltiple?</b>	No
<b>Cuánto pesó al nacer?</b>	3520	<b>Cuánto midió al nacer?</b>	51
<b>Cómo fue el embarazo?</b>	ARO	<b>Cuánto tiempo duro?</b>	40.4
<b>Cómo fué el parto?</b>	cesarea de emergencia	<b>Presentó algún problema despues del nacimiento?</b>	No
<b>Edad de la madre</b>	24	<b>Grávida</b>	1
<b>Partos</b>	0	<b>Cesareas</b>	1
<b>Abortos</b>	0	<b>Hijos Vivos</b>	1
<b>Puesto que ocupa el niño o la niña?</b>	1	<b>Tuvo control prenatal</b>	Si
<b>Recibio Hierro?</b>	Si	<b>Otros?</b>	CALCIO-ACIDO FOLICO
<b>Patologias 1er trimestre (embarazo)</b>	Si	<b>Patologias 2do trimestre (embarazo)</b>	No
<b>Patologias 3er trimestre (embarazo)</b>	No	<b>Consumo de drogas (en el embarazo)</b>	No
<b>Consumo de alcohol (en el embarazo)</b>	No	<b>Consumo de tabaco (en el embarazo)</b>	No
<b>Edad Gestacional al nacimiento (semanas)</b>	40	<b>Tipo de nacimiento</b>	Cesarea de Emergencia
<b>Atendido en Institucion</b>	Si	<b>Anestesia</b>	Si
<b>Atendido por medico</b>	Si		

**Antecedentes Personales**

<b>Alergias</b>	No	<b>Alergia a medicamentos</b>	No
<b>Transplantes</b>	No	<b>Hospitalarios</b>	No
<b>Transfusiones</b>	No	<b>Ha recibido en los últimos seis meses</b>	Ninguno
<b>Observaciones generales</b>	Lactante menor con antecedente materno de Toxoplasmosis parcialmente tratada con IGG e IGM positivo, a la madre le realizan amniocentesis la cual dio normal estuvo en tto con Espiramicina hasta su realizacion. ECO tranfontanelar y valoracion Oftalmologica normal, realizadas mientras estuvo hospitalizada. Presento EDA x 15 días por lo cual consulto por		

urgencias de la CSF.

**Condiciones del niño al nacer**

<b>Necesitó reanimación</b>	No necesito		<b>Circular de cordón?</b>	No	
<b>Peso (Grs)</b>	3520		<b>Talla (Cms)</b>	51	
<b>Ictericia Antes de 24 horas</b>	No		<b>Ictericia Despues de 72 horas</b>	No	
<b>Estuvo en fototerapia</b>	No		<b>Problemas después del nacimiento?</b>	No	
<b>Estuvo hospitalizado?</b>	Si		<b>Resultado de TSH</b>	5.46	
<b>Grupo Sanguíneo</b>	A ( + )				

**Revision por Sistemas****Otorrinolaringologia**

<b>Ha tenido alguna molestia en la nariz?</b>	No		<b>Ha tenido molestias en la garganta?</b>	No	
---	----	--	--	----	--

**Examen Fisico****Cabeza**

<b>Alteraciones?</b>	No	
----------------------	----	--

**Neurológico**

<b>Esfera mental</b>	Normal		<b>Estado de conciencia</b>	Normal	
<b>Sensibilidad</b>	Normal		<b>Fuerza</b>	Normal	
<b>Reflejos osteotendinosos</b>	Normal		<b>Pares craneales</b>	Normal	

**Signos vitales**

<b>Peso (Kg)</b>	10		<b>Talla (m)</b>	0.77	
<b>IMC (%)</b>	16.87		<b>Perimetro Cefalico</b>	58	
<b>Frecuencia respiratoria</b>	22		<b>Temp.(°C)</b>	36.6	
<b>Pulso</b>	90		<b>Frecuencia cardiaca</b>	90	

**Otorrino**

<b>OIDOS</b>	Normal		<b>NARIZ</b>	Normal	
<b>BOCA</b>	Normal		<b>Garganta</b>	Normal	

**Cuello**

<b>CUELLO</b>	Normal		<b>TIROIDES</b>	Normal	
<b>Ingurgitación yugular</b>	No		<b>MASAS EN EL CUELLO</b>	No	
<b>Soplo</b>	No				

**Torax y cardiopulmonar**

<b>CORAZÓN</b>	Normal		<b>PMI</b>	NORMAL	
<b>RSCS</b>	RITMICOS		<b>SOPLOS</b>	NO AUDIBLES	
<b>PULMONES</b>	Normal		<b>Dolor a la palpacion</b>	No	
<b>Disbalance respiratorio</b>	No		<b>Tirajes</b>	No	

**Abdomen**

<b>MASAS</b>	No		<b>MEGALIAS</b>	No	
<b>SOPLOS</b>	No		<b>Ascitis</b>	No	

**Osteomuscular**

<b>EXTREMIDADES</b>	Normal		<b>EDEMAS</b>	No	
<b>OSTEOARTICULAR</b>	Normal				

**Piel y anexos**

<b>LESIONES PIEL</b>	No		<b>COLOR</b>	Normal	
----------------------	----	--	--------------	--------	--

**Ojos**

<b>PACIENTE EN APARENTES BUENAS</b>		
-------------------------------------	--	--

**Observaciones generales**

CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA, ACTIVA, COLABORADORA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

**Vacunacion****Vacunacion**

<b>Antituberculosa - BCG (Unica Dosis)?</b>	Si	<b>Difteria - tos ferina - tétanos (DPT) (Primera Dosis)?</b>	Si
<b>Haemophilus influenzae tipo b (Primera Dosis)?</b>	Si	<b>Hepatitis B (De recién nacido)</b>	Si
<b>Hepatitis B (Primera Dosis)?</b>	Si	<b>Streptococo Neumonie (Primera Dosis)?</b>	Si
<b>Vacuna oral de polio - VOP (Primera Dosis)?</b>	Si	<b>Vacuna oral de rotavirus (Primera Dosis)?</b>	Si
<b>Observaciones generales</b>	vacunas de los 6 meses:04-03-2015 1dosis de influenza 06-05-2015		

**Dx y Cx****Diagnóstico**

<b>Conducta</b>	PACIENTE EN RANGOS DE CRECIMIENTO ADECUADOS PARA SU EDAD, YA INICIO DIETA COMPLEMENTARIA. SE INDICA ADINICIONAR PORCIONES DE FRUTA Y VERDURAS. SE INDICA ALIMENTOS QUE PUEDEN PRODUCIR ALERGIA, CON EL FIN DE EVITARLOS. SE INSISTE EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, DIETA Y ESTIMULACIÓN DEL NEURODESARROLLO ACORDE A LA EDAD DE LA PACIENTE. CONTINUAR CON LAS ACTIVIDADES DE PYP Y PAI PARA LA EDAD.
-----------------	---

**Preguntas sin cuestionario****Datos Generales**

<b>Edad de esta historia</b>	11	<b>Dirección actual</b>	Kra 24b 3c-21
<b>Telefono actual</b>	3185331649	<b>Día fecha nacimiento</b>	03
<b>Mes fecha nacimiento</b>	09	<b>Año fecha nacimiento</b>	2014
<b>Día de Ingreso</b>	03	<b>Mes de Ingreso</b>	08
<b>Año de Ingreso</b>	2015	<b>Aseguradora</b>	COOMEVA EPS

**Antecedentes del embarazo y parto**

<b>Semana que inicio el control</b>	14	<b>Numero de Controles</b>	9
<b>Sitio de control</b>	Pyp Y Uprec	<b>Donde?</b>	C.San Francisco

**Condiciones del niño al nacer**

<b>Donde?</b>	Ucin C. San Francisco	<b>Cuantos días?</b>	1
---------------	-----------------------	----------------------	---

**Salud Oral**

<b>Lo usa en las noches?</b>	Si
------------------------------	----

**Vacunacion**

<b>Fecha Aplicacion</b>	05/09/2014	<b>Fecha Aplicacion</b>	05/09/2014
<b>Fecha Aplicacion</b>	04/11/2014	<b>Fecha Aplicacion</b>	04/11/2014
<b>Fecha Aplicacion</b>	04/11/2014	<b>Fecha Aplicacion</b>	04/11/2014
<b>Fecha Aplicacion</b>	04/11/2014	<b>Fecha Aplicacion</b>	04/11/2014

**Diagnósticos**

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico	Contingencia Origen	Análisis
--------	------------------	-------------	---------------------	----------

Z001	Impresion Diagnostica	Control De Salud De Rutina Del Niño	Enfermedad General	
------	-----------------------	-------------------------------------	--------------------	--

## **Ayudas Dx y Laboratorios**

### **VEF1/FVC POS BRONCODILATADOR**

<b>Fecha Examen</b>	<b>Resultado %</b>
---------------------	--------------------