



# MANUAL DE PORTAL SALUD

***Versión 2019.***

***Fecha de Revisión, mayo 19 de 2019.***

***Registro de Derechos de Autor Libro-Tomo-Partida 13-16-245 de 06-Jul-2006.***

***Todos los derechos están reservados.***

***Impreso en Cúcuta Colombia.***

***La información de este documento no puede ser alterada o cambiada sin la autorización escrita de TNS SAS.***

***Este manual es suministrado exclusivamente con efectos informativos. Toda información contenida en el mismo está sujeta a cambios sin previo aviso. TNS SAS no es responsable de daño alguno, directo o indirecto, resultante del uso de este manual.***

# Contenido

<b>CAPITULO 1</b> .....	4
CARACTERÍSTICAS Y BENEFICIOS .....	4
<b>CAPITULO 2</b> .....	5
ACCESO AL PROGRAMA.....	5
Menú de configuración.....	6
Plantillas .....	7
Pacientes.....	8
REPORTES Y EXAMENES.....	12

# CAPITULO 1

---

## **CARACTERÍSTICAS Y BENEFICIOS**

El programa de PORTAL SALUD es una aplicación en ambiente Web diseñada para manejar la información de una forma confiable, eficiente y consolidada. Además, trabaja de forma integrada con el módulo de Facturación Hospitalaria.

### **Portal Salud:**

- Mostrar las consultas y diagnósticos realizados al paciente según la parametrización.
- Mostrar la agenda del profesional y los pacientes asignados.

### **Historia Clínica:**

- Registro básico de la historia del paciente. Aquí se puede digitar en forma de texto la siguiente información: Motivo de la Consulta, Antecedentes, Examen General, Impresión Diagnóstica, Tratamiento.
- Registrar e Imprimir la fórmula médica.

## CAPITULO 2

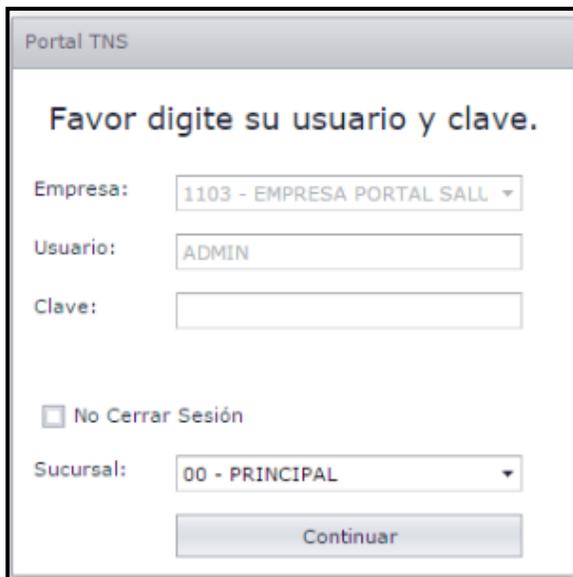
---

### ACCESO AL PROGRAMA

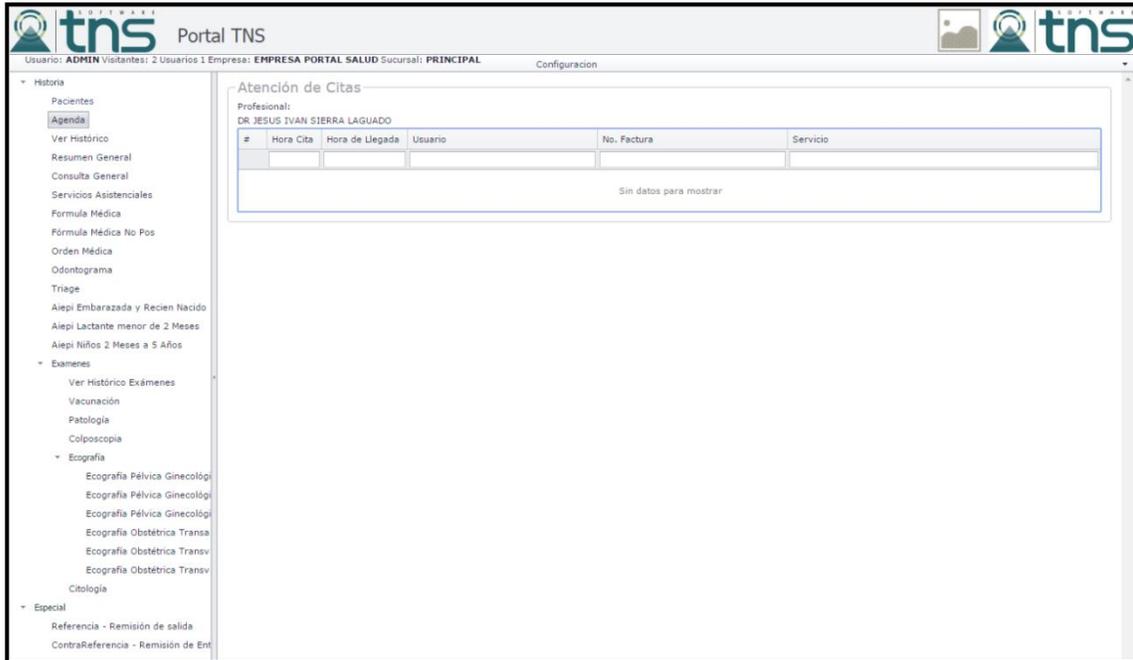
El usuario al dar clic en su navegador de Internet de Confianza debe digitar en la barra de búsqueda, la IP y el Puerto asignado, se visualizará la siguiente ventana.



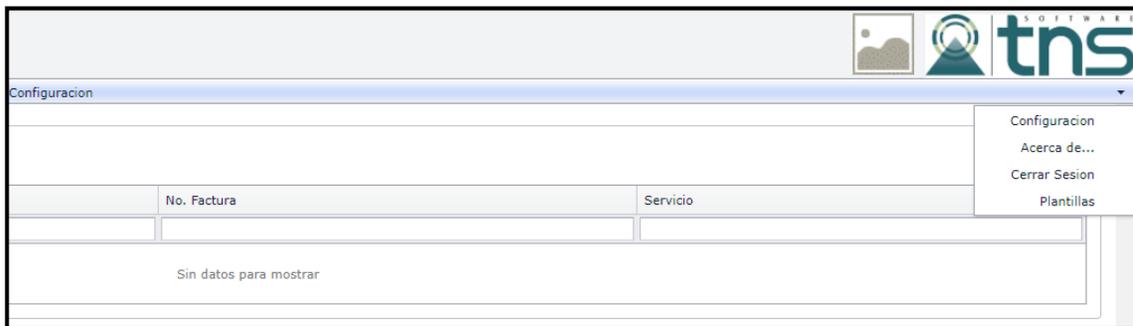
A continuación, después de seleccionar la empresa, el usuario y la clave se solicitará la sucursal.



Al ingresar al portal se mostrará la agenda del día actual del profesional de la salud asociado al usuario que ingreso, en la parte izquierda se podrá observar las opciones del menú de registro de historia clínica y en la parte superior el menú de configuración.



### Menú de configuración



En el menú de Configuración podremos encontrar todo lo concerniente a las variables generales para uso del módulo asistencial ya sea de configuración de procesos como de impresión de reportes.

Configuración Generales

Generales

Tema de Sitio: Default

Logo de la Empresa: Click aquí para escoger archivo... Examinar...  
Formatos: jpeg, gif  
Tamaño Máximo: 4Mb

Activar Mensaje de Abandono

Sugerir Antecedentes en Historia Clinica

Mostrar Formulario de Rips al guardar Historia Clinica

Tamaño de Archivos Mb: [dropdown]

Imprimir Firma del Profesional Centrada

Imprimir Cedula y Registro del Profesional al final

No Imprimir Firma del Profesional

No Imprimir Titulo de Plantilla

Solo Imprimir Plantilla

Tipo de Formato para Impresión: [dropdown]

Consecutivo de Citologias: 00000

Grabar

## ***Plantillas***

En la opción de plantillas se realiza toda la configuración, creación y edición de las mismas, estas plantillas son las que después serán utilizadas en los servicios asistenciales.

Seleccione Plantilla a Editar:  Inactivo:

HOJA DE MEDIDAS DE ECI: Nombre:

Grupo: HOJA DE MEDIDAS DE ECOC:

CARDIOLOGIA NO INVASIVA  Muestra Examen General:

Muestra Diagnosticos:  Muestra Examen Físico:

Triage:  Muestra Grid de Odontograma:

---

Normal Arial (Tamaño Fuen) B I U S E A

Hora de Inicio:		Hora de Terminación:	
100% FCM:	85% FCM:	FCM Alcanzada:	

MEDICAMENTO	mcg	mg/ml	Vía de Administracion	FC	TA
DOBUTAMINA	Basal				
	5				
	10				
	20				
	30				
	40				
	50				
Recuperación					
ATROPINA					
METOPROLOL					

¿El paciente ha ingerido medicamentos diferentes a los prescritos? Si No

¿Cual?

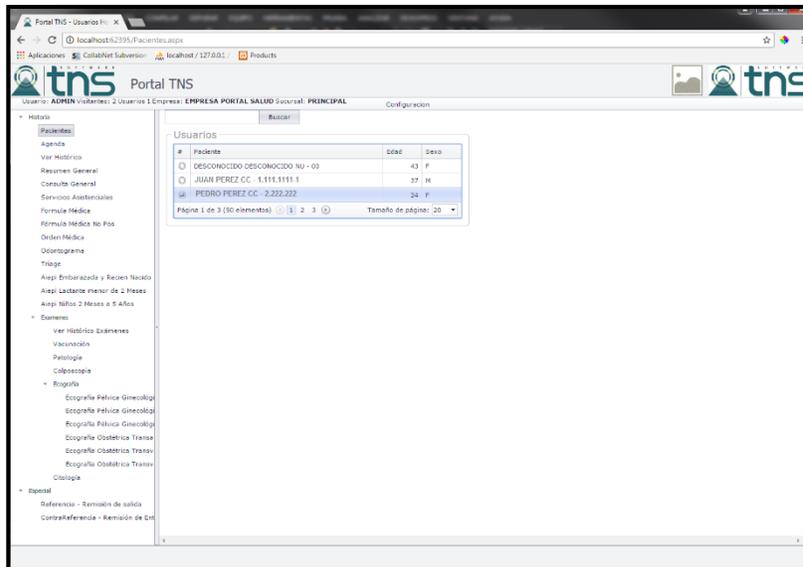
¿El paciente presenta alergias? Si No

¿A qué?

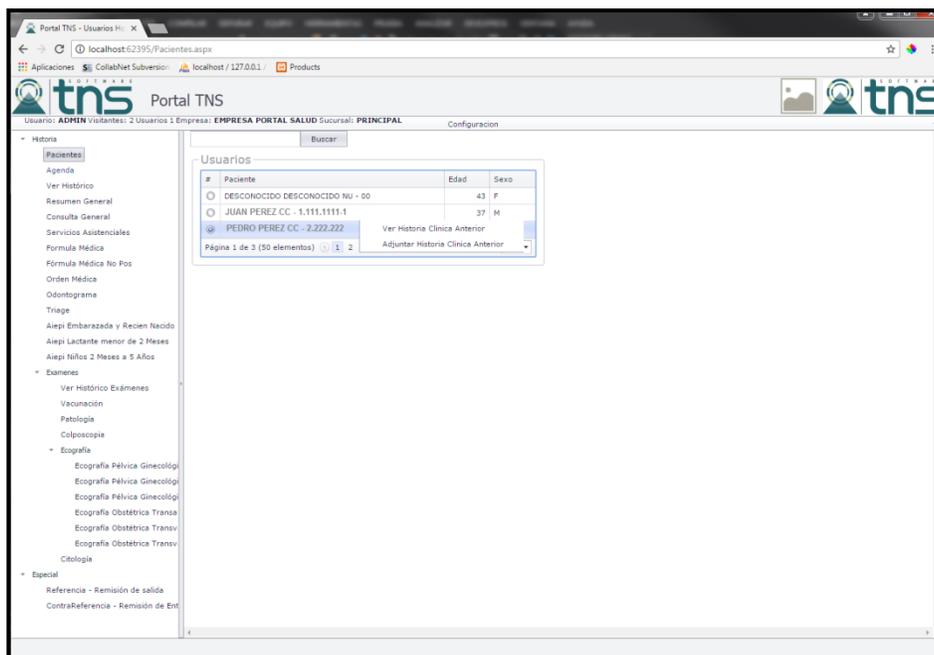
Se aplicó técnica de asepsia. El paciente fue informado acerca de medicamento a administrar, se aclararon dudas al paciente sobre el medicamento a administrar, se verifica que la orden de medicamento fue por escrito.

## Pacientes

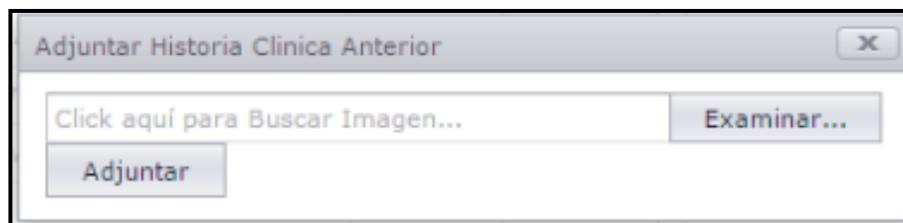
En la opción de pacientes se busca a cuál persona se le desea realizar el movimiento de historia clínica o ver el histórico de historias de dicha persona, la búsqueda puede realizarse por nombre o por la cédula de dicho paciente.



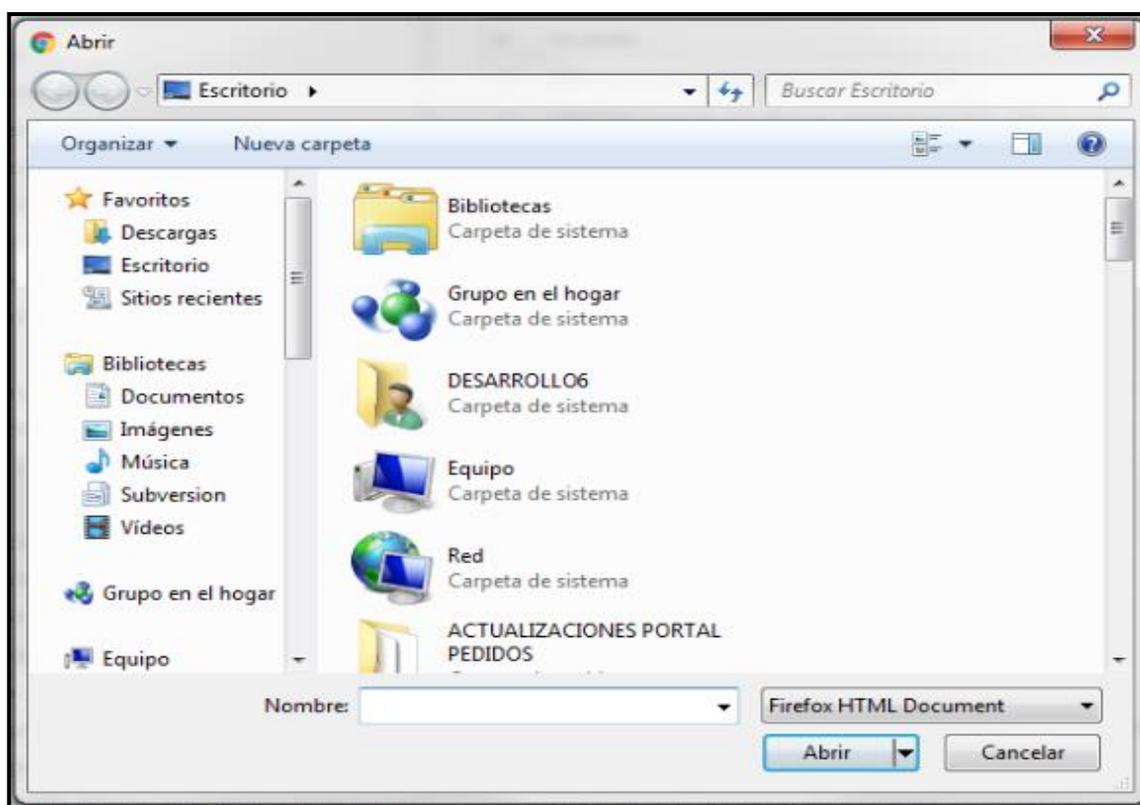
En la opción de pacientes con click derecho podemos adjuntar la última historia clínica generada y también visualizarla.



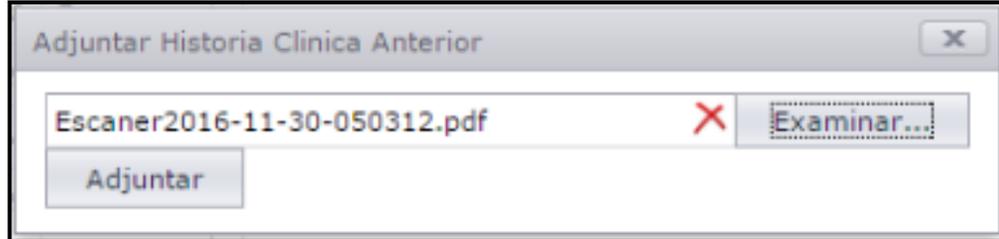
## Adjuntar Historia Clínica.



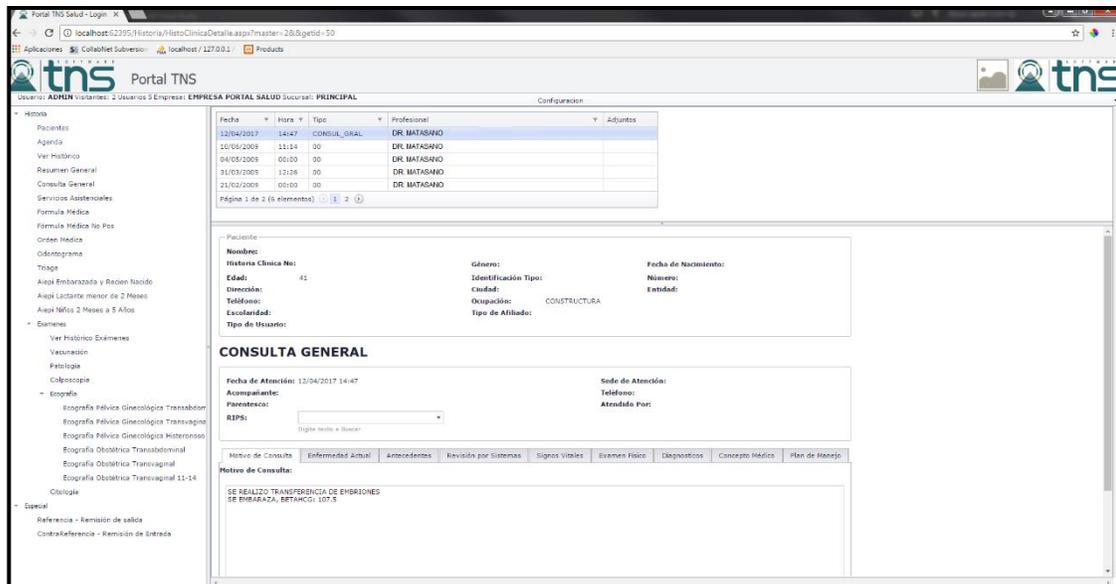
Se busca un archivo de la historia clínica en el explorador de nuestro equipo.



Y por último se adjunta al paciente seleccionado.



La opción de **ver histórico** se divide en dos secciones: la de la parte superior son los registros de las historias clínicas y la inferior es la visualización de la historia seleccionada en la parte superior.



Sobre el listado histórico de historias clínicas existen opciones que se pueden visualizar al dar click derecho sobre la historia a seleccionar.

Fecha	Hora	Tipo	Profesional	Adjuntos
10/07/2017	16:02	FORM_MEDICA	DESCONOCIDO	
10/07/2017	15:54	FORM_MEDICA	DESCONOCIDO	
10/07/2017	15:54	FORM_MEDICA	DESCONOCIDO	
19/12/2016	10:00	HISTO_INICIAL	JUAN MANUEL	

Imprimir Por rango de Fechas

Ver Adjuntos

Generar PDF

Evolución de la Historia Clínica

Imprimir Evolucion Por rango de Fechas

## REPORTES Y EXAMENES

Imprimir por rango de fechas las historias clínicas.

**Imprimir Procedimientos Por Fechas** ✕

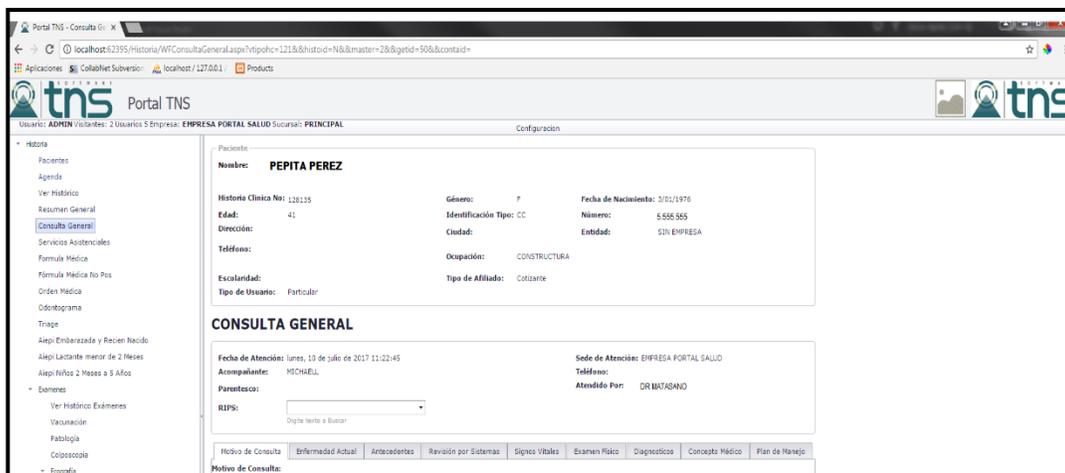
Fecha Inicial:

Fecha Final:

Se genera un reporte con las historias clínicas que apliquen al rango de fechas seleccionadas.

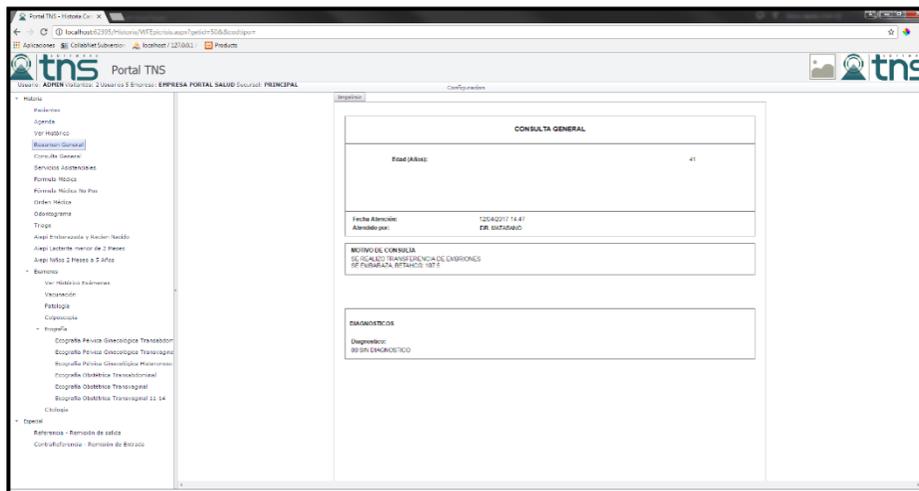
FORMULA MEDICA					
<b>Nombre:</b>	PEPITA PEREZ	<b>Historia Clínica:</b>	372351	<b>Edad (Años):</b>	72
<b>Género:</b>	F	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	18/06/1945	<b>Número:</b>	5.555.555
<b>Tipo Identificación:</b>	CC	<b>Teléfono:</b>		<b>Tipo de Afiliado:</b>	Cotizante
<b>Dirección:</b>	CLL 9 N 69 - 8700	<b>Escolaridad:</b>	Cotizante	<b>Tipo de Usuario:</b>	Contributivo
<b>Entidad:</b>	MEJOR SALUD S.A				
<b>Ocupación:</b>	PANADERO				
<b>Fecha Atención:</b>	10/07/2017 0:00:00	<b>Sede Atención:</b>			
<b>Atendido por:</b>		<b>Rips Consulta:</b>			
<b>Diagnostico:</b>	INFECCION DEBIDA A ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENA				
FORMULA MEDICA					
<b>Nombre:</b>	PEPITA PEREZ	<b>Historia Clínica:</b>	372351	<b>Edad (Años):</b>	72
<b>Género:</b>	F	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	18/06/1945	<b>Número:</b>	5.555.555
<b>Tipo Identificación:</b>	CC	<b>Teléfono:</b>		<b>Tipo de Afiliado:</b>	Cotizante
<b>Dirección:</b>	CLL 9 N 69 - 8700	<b>Escolaridad:</b>	Cotizante	<b>Tipo de Usuario:</b>	Contributivo
<b>Entidad:</b>	MEJOR SALUD S.A				
<b>Ocupación:</b>	PANADERO				
<b>Fecha Atención:</b>	10/07/2017 0:00:00	<b>Sede Atención:</b>			
<b>Atendido por:</b>		<b>Rips Consulta:</b>			
<b>Diagnostico:</b>	INFECCION DEBIDA A ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENA				
N°	Medicamento (Nombre genérico)	Concentración y forma farmacéutica	Duración (Días)	Cantidad	Vía de administración, dosis y frecuencia
1	SOLUCION ALBUMINA		30	30 (30)	ORAL
FORMULA MEDICA					
<b>Nombre:</b>	PEPITA PEREZ	<b>Historia Clínica:</b>	372351	<b>Edad (Años):</b>	72
<b>Género:</b>	F	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	10/06/1945	<b>Número:</b>	5.555.555
<b>Tipo Identificación:</b>	CC	<b>Teléfono:</b>		<b>Tipo de Afiliado:</b>	Cotizante
<b>Dirección:</b>	CLL 9 N 69 - 8700	<b>Escolaridad:</b>	Cotizante	<b>Tipo de Usuario:</b>	Contributivo
<b>Entidad:</b>	MEJOR SALUD S.A				
<b>Ocupación:</b>	PANADERO				

A cada registro de historias clínicas se les pueden también cargar adjuntos.

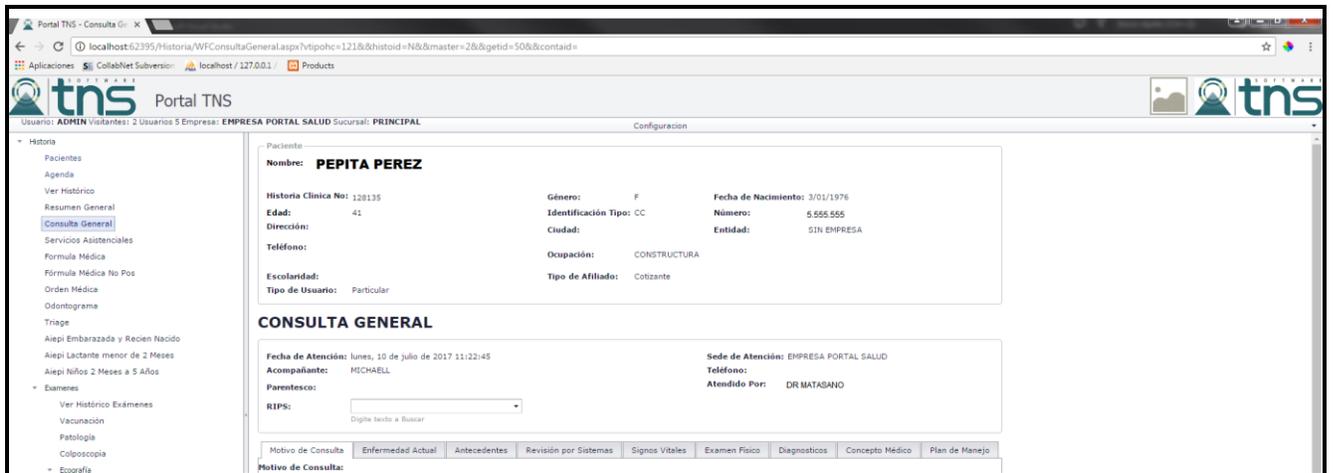


Así como estas dos opciones también está generar la historia clínica a PDF, hacer una evolución a dicha historia clínica y también imprimir las evoluciones de la historia por rango de fechas.

En la Opción de **resumen general** se imprimirán todas las historias del paciente seleccionado.

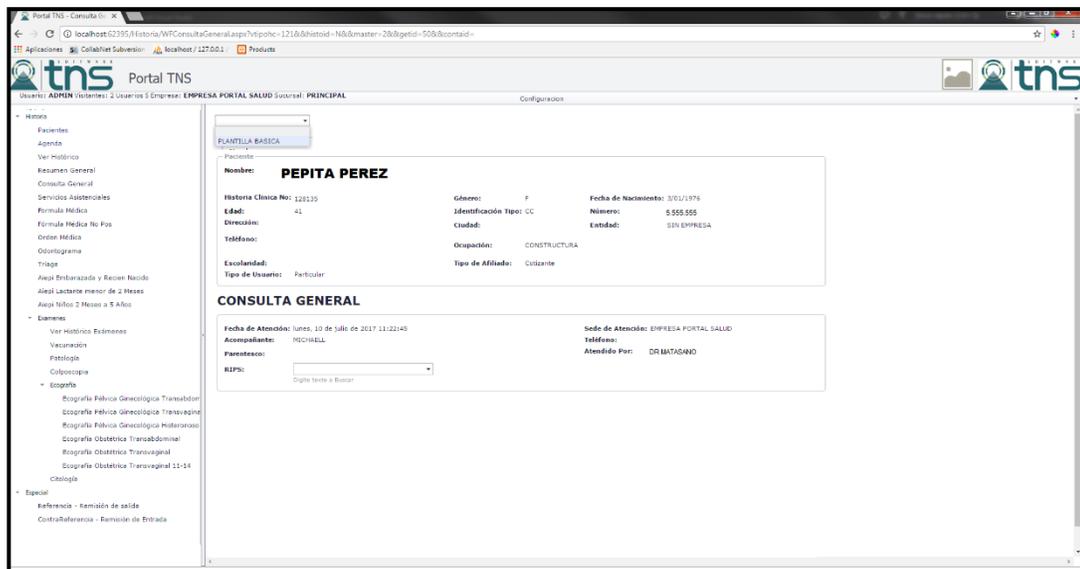


Dentro de los registros de historias clínicas el primero en el menú es el de consulta general en el cual se le podrá asociar un RIP, diligenciar un motivo de consulta, establecer la enfermedad actual, antecedentes, la revisión por sistemas, los signos vitales, los resultados del examen físico, diligenciar los diagnósticos, dar un concepto médico y un plan de manejo para este.



Los **servicios asistenciales** son registros de historia clínica con información básica y se le anexan unas plantillas de acuerdo con la información adicional que desee la entidad prestadora de servicio de salud agregarle a dicho movimiento, las plantillas son proporcionadas por el cliente y pueden ser modificadas a su gusto (ej. un formato en Word con unos datos solicitados al paciente).

Esta es la pantalla inicial que le solicita que decida cual plantilla va a usar.



Esta es los servicios asistenciales ya con la plantilla seleccionada.

The screenshot shows the 'PLANTILLA BASICA' form for patient PEPITA PEREZ. The patient's details include: Nombre: PEPITA PEREZ, Historia Clínica No: 100139, Género: F, Fecha de Nacimiento: 31/11/1974, Edad: 42 años, Identificación Tipo: CC, Número: 5.555.555, Estado: COLOMBIA, Dirección: Bogotá, Tipo de Afiliado: Contribuyente, Tipo de Usuario: Particular. The form is for a consultation on Monday, 10 de julio de 2017 at 11:05:34 at the 'EMPRESA PORTAL SALUD' clinic. It includes fields for 'Atendido Por' (Dr. BASTIEN), 'Rips Consultar' (three dropdowns), 'Servicios' (dropdown), and 'RECOMENDACIONES'. A list of symptoms is visible, including 'Cefalea (Normal)', 'Cefalea (Uso Normal)', and 'Cefalea (No Evaluado)'. Buttons for 'Agregar Medicamentos' and 'Agregar Servicio' are present.

La **fórmula médica** es un registro de historia clínica el cual al paciente se le registra el diagnóstico, se le agregan los medicamentos a suministrar y en las recomendaciones también se le puede agregar un servicio como referencia.

The screenshot shows the 'FORMULA MEDICA' form for patient PEPITA PEREZ. The patient's details include: Nombre: PEPITA PEREZ, Historia Clínica No: 372351, Género: F, Fecha de Nacimiento: 10/04/1945, Edad: 72, Identificación Tipo: CC, Número: 5.555.555, Estado: MEJOR SALUD SAS, Dirección: Bogotá, Tipo de Afiliado: Contribuyente, Tipo de Usuario: Contribuyente. The form is for a consultation on Monday, 10 de julio de 2017 at 15:57:30 at the 'PORTAL SALUD 2017' clinic. It includes fields for 'Atendido Por' (DESCONOCIDO), 'Rips Consultar' (three dropdowns), 'Servicios' (dropdown), and 'RECOMENDACIONES'. A dropdown menu is open showing 'AD42 INFECCION DEBIDA A ESCHERICH'. Buttons for 'Agregar Medicamentos', 'Agregar Servicio', 'Guardar', and 'Imprimir' are present.

La opción de agregar medicamentos se solicitará el servicio de tipo RIPS de medicamentos, el nombre genérico del medicamento, la concentración, la duración, cantidad y vía de administración.

Nuevo	Medicamento	Medicamento (Nombre genérico)	Concentración y forma farmacéutica	Duración (Días)	Cantidad	Vía de administración, dosis y frecuencia
<b>SERVICIOID:</b>						
MD003178	SOLUCION DE ALBUMINA HUM	SOLUCIÓN ALBUMINA		30	30	ORAL
<input type="text" value="Digite Texto a Buscar"/> <input type="text" value="SOLUCIÓN ALBUMINA"/> <input type="text"/> <input type="text" value="30"/> <input type="text" value="30"/> <input type="text" value="ORAL"/>						
						<a href="#">Actualizar</a> <a href="#">Cancelar</a>

Nuevo	Medicamento	Medicamento (Nombre genérico)	Concentración y forma farmacéutica	Duración (Días)	Cantidad	Vía de administración, dosis y frecuencia
Eliminar	SOLUCION DE ALBUMINA HUMANA(MACROAGREGADOS)	SOLUCIÓN ALBUMINA		30	30	ORAL

La opción de agregar servicio es para tener de referencia a la hora de dar una recomendación en la fórmula médica por lo cual el servicio seleccionado se escribirá en la recomendación.

<b>Servicios:</b>		<input type="button" value="Agregar Servicio"/>
MD03037	TETRA COBRE (SESTAMIBI-ISC	
<input type="text" value="Digite Texto a Buscar"/>		
<b>RECOMENDACIONES:</b>		
RECOMENDACIONES EN LA FORMULA MEDICA		
* MD003577 MEBROFENIM-ACIDO IMINODIACETICO-CLORURO DE ESTANO		
* MD03037 TETRA COBRE (SESTAMIBI-ISONITRILOS)		

## Reporte de Fórmula Médica

Nombre	PEPITA PEREZ	Historia Clínica No.	372351
Género	F	Fecha de Nacimiento	18/08/1945
Tipo Identificación	CC	Número	5.555.555
Dirección		Edad (Años)	72
Entidad	MEJOR SALUD SAS	Teléfono	
Ocupación	SIN OCUPACION	Estado Civil	Casado
Ciudad		Tipo de Usuario	Contributivo
Email		Tipo de Afiliado	Cotizante
		Escolaridad	

Acompañante	Teléfono	Parentesco
Email		

Fecha Atención: 10/07/2017 0:00:00      Sede Atención: PORTAL SALUD 2017  
 Atendido por:      Rips Consulta:

**FORMULA MEDICA**

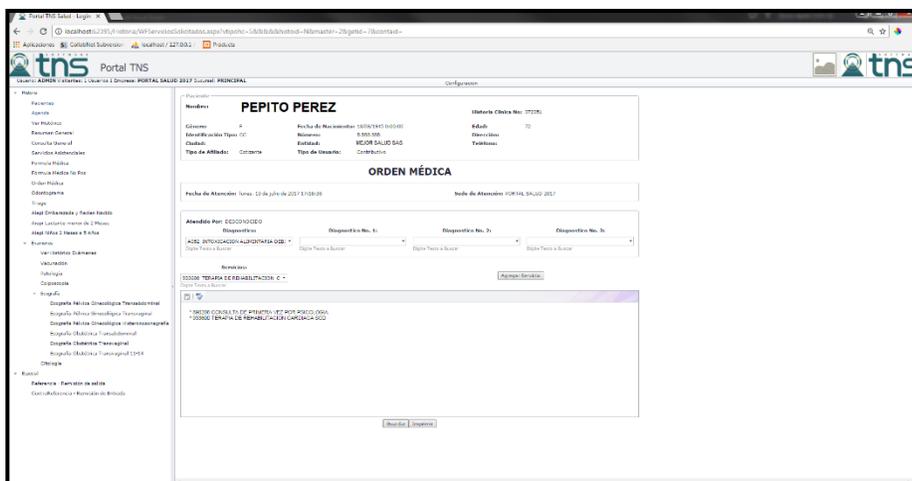
Diagnostico:  
 INFECCION DEBIDA A ESCHERICHIA COLI ENTEROINVASIVA

Nº	Medicamento (Nombre genérico)	Concentración y forma farmacéutica	Duración (Días)	Cantidad	Vía de administración, dosis y frecuencia
1	SOLUCIÓN ALBUMINA		30	30 (30)	ORAL

Recomendaciones:  
 RECOMENDACIONES EN LA FORMULA MEDICA \* 91010392 TECNECIO 99M \* MD003039 CITRATO DE GALIO -67 - 5MCI \* 9804303 ONIX AMPOLLA

CC.00      REG.  
 SIN ESPECIALIDAD

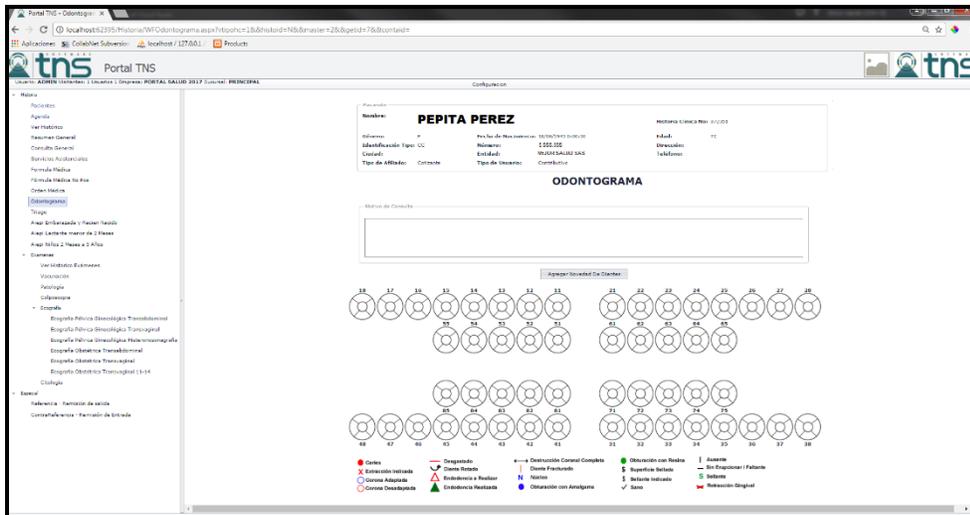
La **orden médica** funciona de forma similar a la fórmula médica solo que aquí prima el concepto médico por el cual se va a realizar dicha orden médica.



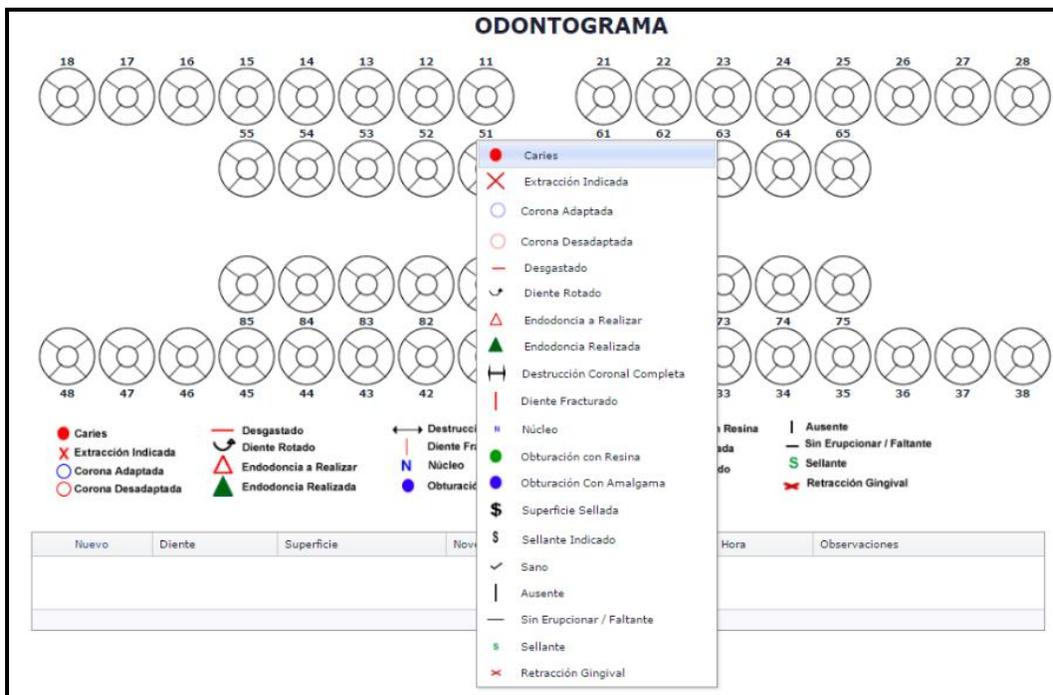
Después de agregar el concepto de la orden médica se pueden agregar si es necesario los servicios referenciados con la cantidad a suministrar y una observación para cada uno de estos.

Nuevo	Descripción	Cantidad	Observaciones
	<b>Servicio:</b>	<b>Cantidad:</b>	<b>Observaciones:</b>
	TERAPIA DE REHABILITACION CARDIACA SOD	2	sin observaciones
<a href="#">Actualizar</a> <a href="#">Cancelar</a>			

El **Odontograma** es un registro de historia clínica especial por el cual se le agregan novedades a los dientes del paciente y el motivo de la consulta.



Al agregar novedad de dientes se puede seleccionar sobre que superficie del diente se desea agregar la novedad y se selecciona del listado.



Y se marcará la novedad sobre la superficie del diente seleccionado.

### ODONTOGRAMA

● Caries  
X Extracción Indicada  
○ Corona Adaptada  
○ Corona Desadaptada  
↩ Desgaste  
↩ Diente Rotado  
△ Endodoncia a Realizar  
△ Endodoncia Realizada  
↔ Destrucción Coronar Completa  
↕ Diente Fracturado  
N Núcleo  
● Obturación con Amalgama  
● Obturación con Resina  
\$ Superficie Sellada  
\$ Sellante Indicado  
✓ Sano  
| Ausente  
— Sin Erupcionar / Faltante  
S Sellante  
✗ Retracción Gingival

Nuevo	Diente	Superficie	Novedad	Fecha	Hora	Observaciones
	51	Vestibular(V)	Caries	10/07/2017	17:26	

Diente:  Superficie:   
 Novedad:  Fecha:   
 Hora:  Observaciones:   
Actualizar Cancelar

El **triage** es un registro de historia clínica en el cual se le registra al paciente el motivo de la consulta, la anamnesis, los signos vitales, los diagnósticos, el concepto médico y la clasificación del triage.

Paciente:

**Nombre:** PEPITA PEREZ Historia Clínica No: 312501

Género: F Fecha de Nacimiento: 10/06/1945 0:00:00 Edad: 72  
 Identificación Tipo: CC Número: 5.555.555 Dirección:  
 Ciudad: Entidad: MEJUN SALUD SAS Teléfono:  
 Tipo de Afiliado: Cotizante Tipo de Usuario: Contributivo

---

Fecha de Atención: lunes, 10 de julio de 2017 17:31:54 Sede de Atención: PORTAL SALUD 2017  
 Acompañante: Teléfono:  
 Parentesco: Atendido Por: DESCONOCIDO

Motivo de Consulta Anamnesis Signos Vitales Diagnosticos Concepto

Motivo de Consulta:

Clasificación Triage:

Insertar

Los registros de **AIEPI** se divide en tres tipos de registros los cuales cada uno tiene una plantilla cargada ya definida la cual maneja cada una información que difiere entre sí, los registros son los siguientes:

- AIEPI Embarazada y Recién Nacido

ATENCIÓN INTEGRADA DE LA EMBARAZADA Y EL RECIEN NACIDO																		
<b>Paciente</b> <b>FECHA DE ATENCIÓN:</b> Lunes, 10 de julio de 2017 17:48:11 <b>INSTITUCIÓN:</b> MEJOR SALUD SAS <b>NOMBRE:</b> PHITA PHIL / <b>IDENTIFICACIÓN TIPO:</b> CC <b>GENERO:</b> F <b>ACOMPañANTE:</b> <b>TELEFONO:</b>		<b>N° HISTORIA CLINICA:</b> 372351 <b>CIUDAD:</b> CUCUTA <b>EDAD:</b> 72 <b>NÚMERO:</b> 5 555.555 <b>FEC. NACIMIENTO:</b> 18/06/1945 <b>PARENTESCO:</b> MADRE <b>DIRECCIÓN:</b>																
<b>MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:</b>																		
Motivo de la consulta																		
Signos Vitales																		
<b>PESO (Kg):</b> 61	<b>TALLA (Cms):</b> 162	<b>IMC:</b> 23.24	<b>TA :</b>															
<b>FC (Ppm):</b>	<b>FR (Rpm):</b>	<b>TEMPERATURA °C:</b> 37	<b>HEMOCLASIFICACION:</b> 0															
<b>Coombs:</b>	<b>FECHA ULTIMA MESTRUACION:</b> 12/01/2017	<b>FECHA PROBABLE PARTO:</b> 19/10/2017	<b>EDAD GESTACIONAL:</b> 26															
<b>Diagnostico:</b>	<b>Diagnostico No. 1:</b>	<b>Diagnostico No. 2:</b>	<b>Diagnostico No. 3:</b>															
I10X HIPERTENSION PRIMARIA																		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Normal Arial 1 (8pt) B I U</p> </div>																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">ATENCIÓN INTEGRADA A LA EMBARAZADA Y AL RECIEN NACIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>           ¿Ha tenido control prenatal? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> # ___            ¿Percebe movimientos fetales? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            ¿Ha tenido fiebre recientemente? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            ¿Ha salido liquido por la vaginal? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            ¿Ha tenido flujo vaginal? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            ¿Padece alguna enfermedad? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            ¿Cual?            ¿Recibe algun medicamento? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            ¿Cual?            ¿Cigarrillo? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            ¿Bebidas alcoholicas? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            ¿Consumo Drogas? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            ¿Ha sufrido violencia o maltrato? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            ¿Explique?            ¿Inmunización toxoide tetánico? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>  <b>OBSERVACIONES</b> </td> <td>           Altura Uterina _____ CM            ___ No correlación con edad gestacional            ___ Embarazo múltiple            Presentación Anómala: ___ Podalico ___ Transverso            Palidez palmar: ___ Intensa ___ Leve            Edema: ___ Cara ___ Manos ___ Pies            ___ Convulsiones ___ visión Borrosa            ___ Pérdida conciencia ___ Cefalea Intensa            ___ Signos Enfermedad transmisión Sexual            Cuidad Bucal: ___ Sangrado ___ Inflamación            Caries ___ Halitosis            HTO: ___ HB: ___ Toxoplasma: ___            VDRL 1: ___ VDRL 2: ___            VIH 1: ___ VIH 2: ___            Hepatitis B: ___ Otro: ___  <b>Ecografía</b> </td> <td> <b>GESTACIÓN CON RIESGO INMINENTE</b>   <b>GESTACIÓN DE ALTO RIESGO</b>   <b>GESTACIÓN DE BAJO RIESGO</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>VERIFICAR EL RIESGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO QUE AFECTA AL BIENESTAR FETAL</b></td> </tr> <tr> <td>           ¿Ha tenido Contracciones? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            ¿Ha tenido hemorragia vaginal? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            ¿Le ha salido liquido por la vagina? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            ¿De que color?            ¿Ha tenido dolor de cabeza severo? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            ¿Ha tenido Visión Borrosa? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>            ¿Ha tenido Convulsiones? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>  <b>OBSERVACIONES</b> </td> <td>           Contracciones en 10 Minutos # _____            FC Fetal _____ x Minuto            Dilatación Cervical _____            Presentación: Cefalico ___ Podalico ___            Otra:            Edema: Cara ___ Manos ___ Pies ___            Hemorragia Vaginal            HTO: ___ HB: ___ Hepatitis B: ___            VDRL antes del parto: ___ VIH: ___         </td> <td> <b>PARTO CON RIESGO INMINENTE</b>   <b>PARTO DE ALTO RIESGO</b>   <b>PARTO DE BAJO RIESGO</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO EN LA SALA DE PARTO</b></td> </tr> </tbody> </table>				ATENCIÓN INTEGRADA A LA EMBARAZADA Y AL RECIEN NACIDO			¿Ha tenido control prenatal? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> # ___ ¿Percebe movimientos fetales? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha tenido fiebre recientemente? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha salido liquido por la vaginal? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha tenido flujo vaginal? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Padece alguna enfermedad? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cual? ¿Recibe algun medicamento? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cual? ¿Cigarrillo? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Bebidas alcoholicas? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Consumo Drogas? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha sufrido violencia o maltrato? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Explique? ¿Inmunización toxoide tetánico? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> <b>OBSERVACIONES</b>	Altura Uterina _____ CM ___ No correlación con edad gestacional ___ Embarazo múltiple Presentación Anómala: ___ Podalico ___ Transverso Palidez palmar: ___ Intensa ___ Leve Edema: ___ Cara ___ Manos ___ Pies ___ Convulsiones ___ visión Borrosa ___ Pérdida conciencia ___ Cefalea Intensa ___ Signos Enfermedad transmisión Sexual Cuidad Bucal: ___ Sangrado ___ Inflamación Caries ___ Halitosis HTO: ___ HB: ___ Toxoplasma: ___ VDRL 1: ___ VDRL 2: ___ VIH 1: ___ VIH 2: ___ Hepatitis B: ___ Otro: ___ <b>Ecografía</b>	<b>GESTACIÓN CON RIESGO INMINENTE</b>  <b>GESTACIÓN DE ALTO RIESGO</b>  <b>GESTACIÓN DE BAJO RIESGO</b>	<b>VERIFICAR EL RIESGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO QUE AFECTA AL BIENESTAR FETAL</b>			¿Ha tenido Contracciones? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha tenido hemorragia vaginal? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Le ha salido liquido por la vagina? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿De que color? ¿Ha tenido dolor de cabeza severo? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha tenido Visión Borrosa? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha tenido Convulsiones? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> <b>OBSERVACIONES</b>	Contracciones en 10 Minutos # _____ FC Fetal _____ x Minuto Dilatación Cervical _____ Presentación: Cefalico ___ Podalico ___ Otra: Edema: Cara ___ Manos ___ Pies ___ Hemorragia Vaginal HTO: ___ HB: ___ Hepatitis B: ___ VDRL antes del parto: ___ VIH: ___	<b>PARTO CON RIESGO INMINENTE</b>  <b>PARTO DE ALTO RIESGO</b>  <b>PARTO DE BAJO RIESGO</b>	<b>ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO EN LA SALA DE PARTO</b>		
ATENCIÓN INTEGRADA A LA EMBARAZADA Y AL RECIEN NACIDO																		
¿Ha tenido control prenatal? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> # ___ ¿Percebe movimientos fetales? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha tenido fiebre recientemente? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha salido liquido por la vaginal? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha tenido flujo vaginal? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Padece alguna enfermedad? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cual? ¿Recibe algun medicamento? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cual? ¿Cigarrillo? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Bebidas alcoholicas? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Consumo Drogas? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha sufrido violencia o maltrato? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Explique? ¿Inmunización toxoide tetánico? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> <b>OBSERVACIONES</b>	Altura Uterina _____ CM ___ No correlación con edad gestacional ___ Embarazo múltiple Presentación Anómala: ___ Podalico ___ Transverso Palidez palmar: ___ Intensa ___ Leve Edema: ___ Cara ___ Manos ___ Pies ___ Convulsiones ___ visión Borrosa ___ Pérdida conciencia ___ Cefalea Intensa ___ Signos Enfermedad transmisión Sexual Cuidad Bucal: ___ Sangrado ___ Inflamación Caries ___ Halitosis HTO: ___ HB: ___ Toxoplasma: ___ VDRL 1: ___ VDRL 2: ___ VIH 1: ___ VIH 2: ___ Hepatitis B: ___ Otro: ___ <b>Ecografía</b>	<b>GESTACIÓN CON RIESGO INMINENTE</b>  <b>GESTACIÓN DE ALTO RIESGO</b>  <b>GESTACIÓN DE BAJO RIESGO</b>																
<b>VERIFICAR EL RIESGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO QUE AFECTA AL BIENESTAR FETAL</b>																		
¿Ha tenido Contracciones? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha tenido hemorragia vaginal? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Le ha salido liquido por la vagina? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿De que color? ¿Ha tenido dolor de cabeza severo? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha tenido Visión Borrosa? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha tenido Convulsiones? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> <b>OBSERVACIONES</b>	Contracciones en 10 Minutos # _____ FC Fetal _____ x Minuto Dilatación Cervical _____ Presentación: Cefalico ___ Podalico ___ Otra: Edema: Cara ___ Manos ___ Pies ___ Hemorragia Vaginal HTO: ___ HB: ___ Hepatitis B: ___ VDRL antes del parto: ___ VIH: ___	<b>PARTO CON RIESGO INMINENTE</b>  <b>PARTO DE ALTO RIESGO</b>  <b>PARTO DE BAJO RIESGO</b>																
<b>ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO EN LA SALA DE PARTO</b>																		



- AIEPI Lactante Menor de 2 Meses

### AIEPI - ATENCIÓN INTEGRADA AL LACTANTE MENOR DE 2 MESES

**Paciente**

<b>FECHA DE ATENCIÓN:</b> martes, 11 de julio de 2017 8:53:16	<b>Nº HISTORIA CLÍNICA:</b> 372351
<b>INSTITUCIÓN:</b> MEJOR SALUD S.A	<b>CIUDAD:</b> CUCUTA
<b>NOMBRE:</b> PEPITA PEREZ	<b>EDAD:</b> 72
<b>GENERO:</b> F	<b>FEC. NACIMIENTO:</b> 18/06/1945
<b>ACOMPAÑANTE:</b>	<b>PARENTESCO:</b> MADRE
<b>TELÉFONO:</b>	<b>DIRECCIÓN:</b>

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:**

---

**Signos Vitales**

<b>TEMPERATURA °C:</b> <input type="text"/>	<b>FC (Ppm):</b> <input type="text"/>	<b>FR (Rpm):</b> <input type="text"/>	<b>TALLA (Cms):</b> <input type="text"/>
<b>PESO (Kg):</b> <input type="text"/>	<b>PC (Cm):</b> <input type="text"/>	<b>IMC:</b> <input type="text" value="null"/>	

**Diagnostico:**  **Diagnostico No. 1:**  **Diagnostico No. 2:**  **Diagnostico No. 3:**

---

**EVALUAR Y CLASIFICAR LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD**

**VERIFICAR UNA ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCIÓN LOCAL**

<p>¿Puede beber o tomar el pecho? SI ___ NO ___</p> <p>¿Ha tenido Vómito? SI ___ NO ___</p> <p>¿Vomita todo? ___</p> <p>¿Tiene dificultad de respirar? SI ___ NO ___</p> <p>¿Explicar? ___</p> <p>¿Ha tenido fiebre? SI ___ NO ___</p> <p>¿Ha tenido hipotermia? SI ___ NO ___</p> <p>¿Ha tenido Convulsiones? SI ___ NO ___</p> <p>¿Cuántos pañales ha orinado en las últimas 24 horas? ___</p> <p>¿Tiene el Niño Diarrea? SI ___ NO ___</p> <p>¿Desde cuando? ___ Días</p> <p>¿Hay sangre en las Heces? SI ___ NO ___</p>	<p>Se mueve solo al estímulo: Letargico ___ Se ve o luce mal irritable ___ Palidez ___ Cianosis</p> <p>Ictericina precoz o importante por clínica o bilirrubinas. FR &gt; 80 o &lt; 30 por min ___ FC &gt; 180 o &lt; 100 por minuto</p> <p>___ Apneas ___ Aleteo nasal ___ Quejido ___ Estridor</p> <p>___ Sibilancia ___ Tiraje Subcostal Grave - ___ Supuración de oído</p> <p>___ Secreción supulenta conjuntival. - ___ Edema palpebral. Pústulas o vesículas en la piel: ___ Muchas y extensas. ___ Focos y localizadas</p> <p>___ Secreción purulenta ombligo. ___ Eritema Periumbilical</p> <p>___ Placas blanquecinas en la boca: ___</p> <p>___ Equimosis - ___ Petequias ___ Hemorragia</p> <p>___ Distensión Abdominal - ___ Llenado Capilar &gt; 3 seg</p> <p>___ Fontanela Abombada</p> <p>Estado General: ___ Letargico o comatoso ___ Intranquilo o irritable</p> <p>Ojos hundidos Pliegues Cutaneos: ___ Inmediato - ___ Lento</p>	<p>ENFERMEDAD GRAVE</p> <p>INFECCIÓN LOCAL</p> <p>NO TIENE ENFERMEDAD GRAVE NI INFECCIÓN LOCAL</p> <p>DESHIDRATACION</p> <p>NO DESHIDRATACION</p> <p>D. PROLONGADA DIARREA CON SANGRE</p>
---	---	---

**VERIFICAR EL CRECIMIENTO Y LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN**

<p>¿Tiene alguna dificultad al alimentarse? SI ___ NO ___</p> <p>¿Cual? ___</p> <p>¿Ha dejado de comer? SI ___ NO ___</p> <p>¿Desde cuando? ___</p> <p>¿Se alimenta de leche materna? SI ___ NO ___</p> <p>¿La ofrece en forma exclusiva? SI ___ NO ___</p> <p>¿Cuántas veces al día? ___</p> <p>¿Recibe otra leche, alimento o bebida? SI ___ NO ___</p> <p>¿Con cual frecuencia? ___</p>	<p>PESO/EDAD ___ DE</p> <p>PESO/TALLA ___ DE</p> <p>Tendencia peso: ___ Ascendente - ___ Descendente ___ Horizontal</p> <p><b>EVALUAR EL AGARRE</b></p> <p>Tiene la boca bien abierta</p> <p>Toca el seno con el mentón</p> <p>Labio inferior volteado hacia afuera</p> <p>Se ve mas areola por encima del labio</p>	<p>PROBLEMA SEVERO DE ALIMENTACIÓN</p> <p>PESO MUY BAJO</p> <p>PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN</p> <p>PESO BAJO O RIESGO</p>
--	--	--

- Reporte Lactante Menor de 2 Meses

<b>AIEPI - ATENCIÓN AL LACTANTE MENOR DE DOS MESES</b>					
<b>Nombre</b>	PEPITA PEREZ		<b>Historia Clínica No.</b> 372351		
<b>Género</b>	F	<b>Fecha de Nacimiento</b> 18/06/1945	<b>Edad</b>		
<b>Tipo Identificación</b>	CC	<b>Número</b> 5.555.555			
<b>Dirección</b>				<b>Teléfono</b>	
<b>Entidad</b>	MEJOR SALUD S.A	<b>Tipo de Afiliado</b>	Cotizante	<b>Tipo de Usuario</b>	Contributivo
<b>Acompañante</b>		<b>Teléfono</b>	<b>Parentesco</b> MADRE		
<b>SIGNOS VITALES</b>					
<b>Temperatura</b> : 36 °C		<b>FC:</b> 110 ppm	<b>FR:</b> 30 rpm	<b>TALLA:</b> 162 Cm	
<b>PESO:</b> 61 Kg		<b>PC:</b> Cm	<b>IMC:</b> 23.24		
<b>DIAGNOSTICOS</b>					
<b>Diagnostico Principal:</b> 110X HIPERTENSION PRIMARIA					
<b>EVALUAR Y CLASIFICAR LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD</b>					
<b>VERIFICAR UNA ENFERMEDAD MUY GRAVE O INFECCIÓN LOCAL</b>					
¿Puede beber o tomar el pecho? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido Vomito? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Vomita todo? _____ ¿Tiene dificultad de respirar? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Explicue.? _____ ¿Ha tenido fiebre? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido hipotermia? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha tenido Convulsiones? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuántos pañales ha orinado en las últimas 24 horas? # _____ ¿Tiene el Niño Diarrea? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Desde cuando? _____ Dias ¿Hay sangre en las Heces? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Se mueve solo al estímulo: Letargico <input type="checkbox"/> Se ve o luce mal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> irritable <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Cianosis Ictericia precoz o importante por clínica o bilirrubinas. FR > 60 o < 30 por min <input type="checkbox"/> FC > 180 o < 100 por minuto <input type="checkbox"/> Apneas <input type="checkbox"/> Aleteo nasal <input type="checkbox"/> Quejido <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> Sibilancia <input type="checkbox"/> Tiraje Subcostal Grave - <input type="checkbox"/> Supuración de oído <input type="checkbox"/> Secreción supulenta conjuntival. - <input type="checkbox"/> Edema palpebral. Pústulas o vesículas en la piel: <input type="checkbox"/> Muchas y extensas. <input type="checkbox"/> Pocas y localizadas <input type="checkbox"/> Secreción purulenta ombligo. - <input type="checkbox"/> Eritema Periumbilical <input type="checkbox"/> Placas blanquecinas en la boca. <input type="checkbox"/> Equimosis - <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Distención Abdominal - <input type="checkbox"/> Llenado Capilar > 3 seg <input type="checkbox"/> Fontanela Abombada Estado General: <input type="checkbox"/> Letargico o comatoso <input type="checkbox"/> Intranquilo o irritable Ojos hundidos Pliegues Cutaneos: Inmediato - <input type="checkbox"/> Lento		<b>ENFERMEDAD GRAVE INFECCION LOCAL NO TIENE ENFERMEDAD GRAVE NI INFECCION LOCAL DESHIDRATACION NO DESHIDRATACION D. PROLONGADA DIARREA CON SANGRE</b>	
<b>VERIFICAR EL CRECIMIENTO Y LAS PRACTICAS DE ALIMENTACION</b>					
¿Tiene alguna dificultad al alimentarse? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿cual? _____ ¿Ha dejado de comer? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Desde cuando? _____ ¿Se alimenta de leche materna? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿La ofrece en forma exclusiva? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuántas veces al día? _____ ¿Recibe otra leche, alimento o bebida? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Con cual frecuencia? _____ ¿Como prepara la otra leche? _____ ¿Que utiliza para alimentarlo? _____ ¿Utiliza chupo? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PESO EDAD _____ DE PESO TALLA _____ DE Tendencia peso: <input type="checkbox"/> Ascendente - <input type="checkbox"/> Descendente <input type="checkbox"/> Horizontal <b>EVALUAR EL AGARRE</b> Tiene la boca bien abierta Toca el seno con el mentón Labio inferior volteado hacia afuera Se ve mas areola por encima del labio <b>EVALUAR EL POSICIÓN</b> Cabeza y cuerpo del niño derechos Dirección al pecho/nariz frente pezón Hijo frente a madre: Barriga con barriga Madre sostiene todo el cuerpo <b>EVALUAR SUCCIÓN:</b> lenta y profunda con pausas		<b>PROBLEMA SEVERO DE ALIMENTACION PESO MUY BAJO PROBLEMAS DE ALIMENTACION PESO BAJO O RIESGO ADECUADAS PRACTICAS DE ALIMENTACION Y PESO ADECUADO</b>	
<b>VERIFICAR SI EXISTEN PROBLEMAS EN EL DESARROLLO</b>					
¿Son parientes los padres? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Hay algún familiar con problema mental o físico? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Quién cuida del niño? _____ ¿Como ve el desarrollo del niño? _____		PC _____ CM - PC/E: _____ DE El menor de 1 mes realiza: <input type="checkbox"/> Reflejo de Moro <input type="checkbox"/> Reflejo Cócleo-palpebral. <input type="checkbox"/> Reflejo de Succion <input type="checkbox"/> Brazos y piernas flexionadas. <input type="checkbox"/> Músculos Constant		<b>PROBABLE RETRASO EN DESARROLLO</b>	
1/3		Impreso con www.tns-software.com			

- AIEPI Niños de 2 Meses a 5 Años

### AIEPI - ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS

**Paciente**

<b>FECHA DE ATENCION:</b> martes, 11 de julio de 2017 9:08:04		<b>N° HISTORIA CLINICA:</b> 372351	
<b>INSTITUCION:</b> MEJOR SALUD S.A		<b>CIUDAD:</b> CUCUTA	
<b>NOMBRE:</b> PEPITA PEREZ		<b>EDAD:</b> 72	
<b>GENERO:</b> F		<b>FEC. NACIMIENTO:</b> 18/06/1945	
<b>ACOMPAÑANTE:</b>		<b>PARENTESCO:</b> MADRE	
<b>TELEFONO:</b>		<b>DIRECCION:</b>	

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:**

---

**Signos Vitales**

<b>TEMPERATURA °C:</b> <input type="text"/>	<b>FC (Ppm):</b> <input type="text"/>	<b>FR (Rpm):</b> <input type="text"/>	<b>TALLA (Cms):</b> <input type="text"/>
<b>PESO (Kg):</b> <input type="text"/>	<b>PC (Cm):</b> <input type="text"/>	<b>IMC:</b> <input type="text" value="null"/>	

**Diagnostico:**  **Diagnostico No. 1:**  **Diagnostico No. 2:**  **Diagnostico No. 3:**

---

**TEMPERATURA** \_\_\_ °C **FC** \_\_\_ /MIN **TALLA** \_\_\_ cm **PESO** \_\_\_ kg **PC:** \_\_\_ cm **IMC** \_\_\_

**VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO GENERAL**

No puede beber o tomar de pecho. Vomita todo	Letárgico o inconsciente. Convulsiones	<b>ENFERMEDAD MUY GRAVE</b>
<b>¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI NO</b>		
Desde hace ___ Dias Primer episodio de sibilancias SI ___ NO ___ Sibilancias recurrentes SI ___ NO ___ Cuadro gripal últimos 3 días SI ___ NO ___ Antecedentes prematuridad SI ___ NO ___ OBSERVACIONES:	Respiraciones por minuto ___ Respiración Rápida Tiraje subcostal SaO <sub>2</sub> : <92% (90% altura>2.500msnm) Tiraje Supraclavicular. Estridor Sibilancias Apnea incapacidad para hablar o beber Somnoliento Confuso Agitado	<b>CRUP GRAVE</b> <b>BRONQUIOLITIS GRAVE</b> <b>SIBILANCIA (RECURRENTE) GRAVE</b> <b>CRUP</b> <b>BRONQUIOLITIS SIBILANCIA(RECURRENTE)</b> <b>NEUMONIA GRAVE</b> <b>NEUMONIA</b> <b>TOS O RESFRIADO</b>
<b>¿TIENE DIARREA? SI NO</b>		
Desde hace ___ Dias ¿Hay sangre en las heces? SI ___ NO ___ ¿tiene vomito? SI ___ NO ___ Vómitos en las últimas 4h # ___	Letárgico o comatoso Intranquilo o irritable. Ojos Hundidos Bebe mal o no puede beber	<b>DESHIDRATACION GRAVE</b> <b>ALGUN GRADO</b> <b>DESHIDRATACION</b> <b>ALTO RIESGO</b> <b>DESHIDRATACION</b> <b>ALTO RIESGO</b>

- Reporte AIEPI Niños de 2 Meses a 5 Años

<b>AIEPI - ATENCIÓN DEL NIÑO DE 2 MESES A 5 AÑOS</b>					
Nombre	PEPITA PEREZ		Historia Clínica No.	372351	
Género	F	Fecha de Nacimiento	18/06/1945	Edad	
Tipo Identificación	CC	Número	5.555.555		
Dirección					Teléfono
Entidad	MEJOR SALUD S.A	Tipo de Afiliado	Cotizante	Tipo de Usuario	Contributivo
Acompañante	Teléfono		Parentesco MADRE		
<b>MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL</b>					
Motivo de consulta por vomito frecuente					
<b>SIGNOS VITALES</b>					
Temperatura : 36 °C	FC: 110 ppm	FR: 60 rpm	TALLA: 162 Cm		
PESO: 61 Kg	PC: Cm	IMC: 23.24			
<b>DIAGNOSTICOS</b>					
<b>Diagnostico Principal:</b>					
P920 VOMITOS DEL RECIEN NACIDO					
TEMPERATURA	36 °C	FC	/MIN	TALLA	cm PESO 15 kg PC: cm IMC
<b>VERIFICAR SI EXISTEN SIGNOS DE PELIGRO GENERAL</b>					
No puede beber o tomar de pecho. Vomita todo		Letárgico o inconsciente. OBSERVACIONES:		<b>ENFERMEDAD MUY GRAVE</b>	
<b>¿TIENE TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI NO</b>					
Desde hace 2 Dias Primer episodio de sibilancias SI NO X Sibilancias recurrentes SI NO X Cuadro gripal últimos 3 días SI NO X Antecedentes prematuridad SI NO X OBSERVACIONES:		Respiraciones por minuto Tiraje subcostal SaO: <92% (90% altura > 2.500msnm) Tiraje Supraclavicular: Estridor Sibilancias Apnea incapacidad para hablar o beber Somnoliento Confuso Agitado		<b>CRUP GRAVE BRONQUIOLITIS GRAVE SIBILANCIA (RECURRENTE) GRAVE CRUP BRONQUIOLITIS SIBILANCIA(RECURRENTE) NEUMONIA GRAVE NEUMONIA TOS O RESFRIADO</b>	
<b>¿TIENE DIARREA? SI NO</b>					
Desde hace Dias ¿Hay sangre en las heces? SI NO X ¿tiene vomito? SI X NO Vómitos en las últimas 4h = 5 Diarrea en las últimas 24h = Diarrea en las últimas 4h = OBSERVACIONES:		Letargico o comatoso Intranquilo o irritable. Ojos Hundidos Bebe mal o no puede beber. Bebe avidamente con sed Pliegue Cutáneo: Inmediato Lento Muy lento		<b>DESHIDRATACION GRAVE ALGUN GRADO DESHIDRATACION ALTO RIESGO DESHIDRATACION SIN DESHIDRATACION DIARREA PERSISTENTE GRAVE DIARREA PERSISTENTE DISENTERIA</b>	
<b>¿TIENE FIEBRE? SI NO</b>					
Desde hace Dias Si >5 días: Todos los días SI NO Fiebre >38 °C SI NO Fiebre >39 °C SI NO Visita o Visitó en los últimos días. Zona Dengue(altura > 2.200m) SI NO Zona Malaria Rural Urbano Distracción SI NO		Rigidez de nuca Apariencia de enfermo grave Manifestaciones de sangrado Aspecto toxico Respuesta social: Normal Inadecuada Sin respuesta Piel pálida Moteada Cenicienta Azul Erupción cutánea generalizada Cefalea Migrañas Artralgias Dolor retroocular Postración P.Torniquete(+) Lipotimia Hepatomegalia Disminución Dulce rápido y fino Tímido emilero 2cc Acritico		<b>ENF. FEBRIL DE RIESGO ALTO  ENF. FEBRIL RIESGO MEDIO  ENF. FEBRIL RIESGO BAJO  MALARIA COMPLICADA MALARIA</b>	
1/6		Impreso con <a href="http://www.tns-software.com">www.tns-software.com</a>			

El menú de **exámenes** se subdivide en varios tipos de exámenes vacunación, patología, colposcopia, ecografía y citología, así mismo, podemos ver el histórico de estos exámenes al cual también funciona de la misma forma del histórico de las historias clínicas, ya que con click derecho contiene opciones de ver adjuntos y eliminar exámenes.

Consecutivo	Fecha Examen	Hora Examen	Tipo Examen	Profesional	Adjuntos
37235143	11/07/2017	10:47	VACUNACION		
37235143	11/07/2017	10:34	VACUNACION		

- Examen de Vacunación

### EXAMEN DE VACUNACION

**Paciente**

<b>FECHA DE ATENCION:</b> martes, 11 de julio de 2017 10:14:26	<b>N° HISTORIA CLINICA:</b> 372351
<b>DOCUMENTO:</b> 5.555.555	<b>EDAD:</b> 72
<b>IDENTIFICACION TIPO:</b> CC	<b>GENERO:</b> F (Femenino)
<b>NOMBRE:</b> PEPITA PEREZ	<b>DIRECCION:</b>
<b>FEC. NACIMIENTO:</b> 18/06/1945	<b>TELEFONO:</b>
<b>INSTITUCION:</b> MEJOR SALUD S.A	<b>OCUPACION:</b> SIN OCUPACION
<b>ATENDIDO POR:</b> 00 - DESCONOCIDO	<b>SEDE DE ATENCION:</b> PORTAL SALUD 2017

**Especificaciones**

<b>BIOLOGICO:</b> <input type="text"/>	<b>DOSIS:</b> <input type="text"/>
<b>DOSIFICACION:</b> <input type="text"/>	<b>PRESENTACION:</b> <input type="text"/>
<b>VIA DE ADMINISTRACION:</b> <input type="text"/>	<b>LOTE:</b> <input type="text"/>
<b>FECHA VENCIMIENTO:</b> <input type="text"/>	<b>PROFESIONAL ADICIONAL:</b> <input type="text"/>

**OBSERVACIONES:**

N° DE CARNET DE VACUNACION:  
 FECHA DE PROXIMA VACUNA:  
 SE DEJA EN OBSERVACION POR 10 MINUTOS

**RECOMENDACIONES:**

SI PRESENTA DOLOR TOMAR ACETAMINOFEN  
 NO REALIZAR MASAJES EN ZONA DE APLICACION  
 NO APLICAR PAÑOS DE AGUA TIBIA  
 SE INFORMA LOS EFECTOS ADVERSOS QUE PUEDE OCACIONAR LA VACUNA  
 SE INFORMA QUE EN EL TRANSURSO DE LA APLICACION DE LA VACUNA NO PUEDE QUEDAR EN ESTADO DE EMBARAZO

- Examen de Patología

<b>EXAMEN DE PATOLOGIA</b>	
<b>Paciente</b>	
<b>FECHA DE ATENCION:</b> martes, 11 de julio de 2017 11:08:35	<b>N° HISTORIA CLINICA:</b> 372351
<b>DOCUMENTO:</b> 5.555.555	<b>EDAD:</b> 72
<b>IDENTIFICACION TIPO:</b> CC	<b>GENERO:</b> F (Femenino)
<b>NOMBRE:</b> PEPITA PEREZ	<b>DIRECCION:</b>
<b>FEC. NACIMIENTO:</b> 18/06/1945	<b>NATURAL DE:</b>
<b>TELEFONO:</b>	<b>INSTITUCION:</b> MEJOR SALUD S.A
<b>OCUPACION:</b> SIN OCUPACION*	<b>SEDE DE ATENCION:</b> PORTAL SALUD 2017
<b>ATENDIDO POR:</b> 00 - DESCONOCIDO	
<b>Información</b>	
<b>CONSECUTIVO:</b> <input type="text" value="00001"/>	<b>MEDICO REMITENTE:</b> <input type="text"/>
<b>PROCEDENCIA:</b> <input type="text"/>	<b>SITIO MUESTRA:</b> <input type="text"/>
<b>UNIDAD QUE ENVIA:</b> <input type="text"/>	
<b>MATERIAL ENVIADO:</b>	
<b>EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD:</b>	
<b>DIAGNOSTICO CLINICO:</b>	
<b>TRATAMINETOS ANTERIORES (Médicos, quirúrgicos, hormonales, etc)...:</b>	

- Examen de Colposcopia

### EXAMEN DE COLPOSCOPIA

**Paciente**

<b>FECHA DE ATENCION:</b> martes, 11 de julio de 2017 11:08:35	<b>N° HISTORIA CLINICA:</b> 372351
<b>DOCUMENTO:</b> 5.555.555	<b>EDAD:</b> 72
<b>IDENTIFICACION TIPO:</b> CC	<b>GENERO:</b> F (Femenino)
<b>NOMBRE:</b> MARIA PEREZ	<b>DIRECCION:</b>
<b>FECH. NACIMIENTO:</b> 10/06/1945	<b>NATURAL DE:</b>
<b>TELEFONO:</b>	<b>INSTITUCION:</b> MEJOR SALUD S.A
<b>OCUPACION:</b> SIN OCUPACION	<b>SEDE DE ATENCION:</b> PORTAL SALUD 2017
<b>ATENDIDO POR:</b> 00 DESCONOCIDO	

**NUMERO SECUENCIAL:**

**Datos Personales**

<b>FUR:</b> <input type="text"/>	<b>FECHA:</b> <input type="text"/>	<b>CICLOS:</b> <input type="text"/>	
<b>CITOLOGIA ANTERIOR N°:</b> <input type="text"/>	<b>FECHA:</b> <input type="text"/>	<b>RESULTADO:</b> <input type="text"/>	
<b>ANTICONCEPTIVO ACTUAL:</b> <input type="text"/>			
<b>PC:</b> <input type="text"/>	<b>CS:</b> <input type="text"/>	<b>PP:</b> <input type="text"/>	<b>G:</b> <input type="text"/>
<b>P:</b> <input type="text"/>	<b>A:</b> <input type="text"/>	<b>C:</b> <input type="text"/>	<b>FUP:</b> <input type="text"/>
<b>CRIO:</b> <input type="text"/>			

**Evaluación Colposcópica**

**Colposcopia**

**COLPOSCOPIA:**  **VISIBILIDAD UNION ESCAMOCELULAR:**  **TIPOS ZONA TRANSFORMACION:**

**Hallazgos Colposcópicos Normales**

**EPITELIO ESCAMOSO ORIGINAL:**  **EPITELIO COLUMNAR:**

**EPITELIO ESCAMOSO METAPLASICO:**  Quistes de Naboth  
 Aberturas glandulares y/o criptas glandulares  Desiduosis en el embarazo

**Hallazgos Colposcópicos Anormales**

**UBICACION DE LA LESION:**  **N° CUADRANTE INVOLUCRADO:**  **TAMAÑO DE LA LESION %:**  (1. < 25%, 2. Del 25% al 49%, 3. Del 50% al 74%, 4. > 75%)

**Epitelio Acetoblancos**

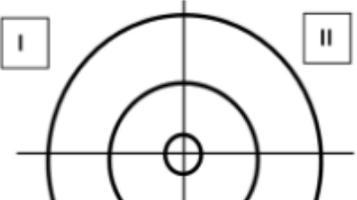
**Grado 1 (Menor)**

Epitelio Acetoblancos Delgado  Borde Irregular  Mosaico Fino  Puntillado Fino

**Grado 2 (Mayor)**

Epitelio Acetoblancos Denso  Aparición rápida de epitelio  Orificios glandulares abiertos con bordes engrosados  Mosaico Grueso

- Reporte Colposcopia

PORTAL SALUD 2017				
FORMATO DE REGISTRO DE COLPOSCOPIA				
1. NUMERO SECUENCIAL 00001		2. N° HISTORIA 372565		
DATOS PERSONALES				
3. NOMBRE Y APELLIDOS	4. FUR	5. CITOLOGIA ANTERIOR	6. ANTICONCEPTIVO ACTUAL	7. EDAD (AÑOS)
ESTADO CIVIL	DD/MM/AAAA:11/07/2017 CICLOS	DD/MM/AAAA:05/07/2016 RESULTADO		
EVALUACION COLPOSCOPICA				
PC: <u>0</u>	CS: <u>0</u>	PP: <u>0</u>	G: <u>0</u>	P: <u>0</u>
FUP: <u>0</u>	CRIO: _____			
8. COLPOSCOPIA	VISIBILIDAD UNION ESCAMOCELULAR		TIPOS DE TRANSFORMACION	
1. Adecuada (X)	1. Completamente visible (X)		1. (X)	
2. Inadecuada ( )	2. Parcialmente visible ( )		2. ( )	
	3. No visible ( )		3. ( )	
9. HALLAZGOS COLPOSCOPICOS NORMALES				
9.1 EPITELIO ESCAMOSO ORIGINAL	9.2 EPITELIO COLUMNAR	9.3 EPITELIO ESCAMOSO METAPLASICO	9.4 DE SIDAUS DEL EMBARAZO ( )	
2. Atrofico ( )	1. Ectopia (X)	1. Quistes de Naboth (X)		
1. Maduro (X)		2. Aberturas glandulares y/o criptas glandulares ( )		
10. HALLAZGOS COLPOSCOPICOS ANORMALES				
Principios Generales				
10.1 UBICACION DE LA LESION		10.2 TAMAÑO DE LA LESION		
Dentro de la zona de transformación (X)		N° Cuadrantes involucrados (1)		
Fuera de la zona de transformación ( )		Tamaño de la lesión (1)		
Zona horaria ( )		(1. < 25%, 2. Del 25% al 49%, 3. Del 50% al 74%, 4. > 75%)		
10.3 EPITELIO ECETOBLANCO	- Epitelio Acetoblanco Delgado (X)		- Mosaico Fino ( )	
Grado 1 (Menor)	- Borde Irregular ( )		- Puntillado Fino ( )	
Grado 2 (Mayor)	- Epitelio Acetoblanco Denso ( )		- Puntillado Grueso ( )	
	- Aparición rápida de epitelio (X)		- Signos del límite del borde interno ( )	
	- Mosaico Grueso ( )		- Signos de cresta ( )	
	- Orificios glandulares abiertos con bordes engrosados ( )			
Hallazgos No Especificos	- Leucoplasia (queratosis, hiperqueratosis)		- Test de Schiller: Positivo (X)	
	- Erosión ( )		Negativo ( )	
11. SOSPECHA DE INVASION				
11.1 Vasos Atrofos ( )	11.5 Necrosis ( )			
11.2 Vasos Delgados ( )	11.6 Ulceración (necrótica) (X)			
11.3 Superficie Irregular (X)	11.7 Tumoraación Nodular ( )			
11.4 Lesión Exofítica ( )				
12. HALLAZGOS VARIOS				
12.1 Zona de Transformación Congénita ( )	12.4 Pólipos Endocervicaj ( )	12.7 Anomalia Congénita (X)		
12.2 Condiloma ( )	12.5 Inflamación ( )	12.8 Anomalia Post-tratamiento ( )		
12.3 Pólipos Exocervicaj ( )	12.6 Estenosis ( )	12.9 Endometriosis ( )		
13. HALLAZGOS SUGESTIVOS DE CANCER INFILTRANTE ( )				
14. IMPRESION				
14.1 Normal ( )	14.3 LIE de alto grado ( )	14.5 Otros ( )	Cual: _____	
14.2 LIE de bajo grado ( )	14.4 Cáncer ( )			
DIAGRAMA EXAMEN COLPOSCOPICO				
				
		16. Requisió biopsia ( )		
		17. Biopsia Exocervicaj (X)		
		18. Número de Biopsia (0)		
		19. Localización de la biopsia ( )		
		(1: Cuadrante I, 2: Cuadrante II, 3: Cuadrante III, 4: Cuadrante IV)		
		20. Biopsia Endocervicaj ( )		

Los **Exámenes de Ecografía** también se subdividen en varios tipos de Ecografía los cuales son los siguientes:

- Ecografía Pélvica Ginecológica Transabdominal.

<b>EXAMEN DE ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL</b>	
<b>Paciente</b>	
<b>FECHA DE ATENCION:</b>	<b>Nº HISTORIA CLINICA:</b>
<b>DOCUMENTO:</b>	<b>EDAD:</b>
<b>TIPO IDENTIFICACION:</b>	<b>GENERO:</b>
<b>NOMBRE:</b>	<b>DIRECCION:</b>
<b>FEC. NACIMIENTO:</b>	<b>TELEFONO:</b>
<b>INSTITUCION:</b>	<b>OCUPACION:</b>
<b>ATENDIDO POR:</b>	<b>SEDE DE ATENCION:</b>
<b>Diagnostico</b>	
<b>DESCRIPCION:</b>	
<div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>	
<b>INTERPRETACION 1:</b>	
<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	
<b>INTERPRETACION 2:</b>	
<div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	
<b>INTERPRETACION 3:</b>	
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	



- Ecografía Pélvica Ginecológica Histerosonografía.

<b>EXAMEN DE ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA HISTERONOSONAGRAFIA</b>	
— Paciente —	
FECHA DE ATENCION:	Nº HISTORIA CLINICA:
DOCUMENTO:	EDAD:
TIPO IDENTIFICACION:	GENERO:
NOMBRE:	DIRECCION:
FEC. NACIMIENTO:	TELEFONO:
INSTITUCION:	OCUPACION:
ATENDIDO POR:	SEDE DE ATENCION:
— Diagnostico —	
<b>DESCRIPCION:</b>	
<b>INTERPRETACION 1:</b>	
<b>INTERPRETACION 2:</b>	
*	
<b>INTERPRETACION 3:</b>	
*	

- Ecografía Obstétrica Transabdominal.

<b>EXAMEN DE ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL</b>	
<b>Paciente</b>	
<b>FECHA DE ATENCION:</b>	<b>Nº HISTORIA CLINICA:</b>
<b>DOCUMENTO:</b>	<b>EDAD:</b>
<b>TIPO IDENTIFICACION:</b>	<b>GENERO:</b>
<b>NOMBRE:</b>	<b>DIRECCION:</b>
<b>FEC. NACIMIENTO:</b>	<b>TELEFONO:</b>
<b>INSTITUCION:</b>	<b>OCUPACION:</b>
<b>ATENDIDO POR:</b>	<b>SEDE DE ATENCION:</b>
<b>Diagnostico</b>	
<b>DESCRIPCION:</b>	
<b>INTERPRETACION 1:</b>	
<b>INTERPRETACION 2:</b>	
<b>INTERPRETACION 3:</b>	
<b>INTERPRETACION 4:</b>	

- Ecografía Obstétrica Transvaginal.

<b>EXAMEN DE ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL</b>	
<b>Paciente</b>	
<b>FECHA DE ATENCION:</b>	<b>Nº HISTORIA CLINICA:</b>
<b>DOCUMENTO:</b>	<b>EDAD:</b>
<b>TIPO IDENTIFICACION:</b>	<b>GENERO:</b>
<b>NOMBRE:</b>	<b>DIRECCION:</b>
<b>FEC. NACIMIENTO:</b>	<b>TELEFONO:</b>
<b>INSTITUCION:</b>	<b>OCUPACION:</b>
<b>ATENDIDO POR:</b>	<b>SEDE DE ATENCION:</b>
<b>Diagnostico</b>	
<b>DESCRIPCION:</b>	
<b>INTERPRETACION 1:</b>	
<b>INTERPRETACION 2:</b>	
<b>INTERPRETACION 3:</b>	
<b>INTERPRETACION 4:</b>	

- Ecografía Obstétrica Transvaginal.

<b>EXAMEN DE ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL 11-14</b>	
<b>Paciente</b>	
<b>FECHA DE ATENCION:</b>	<b>Nº HISTORIA CLINICA:</b>
<b>DOCUMENTO:</b>	<b>EDAD:</b>
<b>TIPO IDENTIFICACION:</b>	<b>GENERO:</b>
<b>NOMBRE:</b>	<b>DIRECCION:</b>
<b>FEC. NACIMIENTO:</b>	<b>TELEFONO:</b>
<b>INSTITUCION:</b>	<b>OCUPACION:</b>
<b>ATENDIDO POR:</b>	<b>SEDE DE ATENCION:</b>
<b>Diagnostico</b>	
<b>DESCRIPCION:</b>	
Se ordena <u>ecografia obstetrica transvaginal</u> para control	
<b>INTERPRETACION 1:</b>	
En la <u>ecografia</u> no se evidencia ninguna anormalidad	
<b>INTERPRETACION 2:</b>	
<b>INTERPRETACION 3:</b>	
<b>INTERPRETACION 4:</b>	

El último registro de exámenes que se encuentra en el menú es el de **citología** en el cual se le solicitaran los antecedentes a la paciente, aspectos y resultados de la citología como lo son la calidad de la muestra, hallazgos y anomalías entre otras.

## EXAMEN DE CITOLOGIA

Paciente	
FECHA DE ATENCION:	Nº HISTORIA CLINICA:
DOCUMENTO:	EDAD:
IDENTIFICACION TIPO:	GENERO:
NOMBRE:	DIRECCION:
FEC. NACIMIENTO:	TELEFONO:
INSTITUCION:	OCUPACION:
ATENDIDO POR:	SEDE DE ATENCION:

CONSECUTIVO: 00001-17

Información Ordeno

MEDICO: ENTIDAD:

Antecedentes

G: P: C: A:

EDAD PRIMERA RELACION SEXUAL: 20 METODO DE PLANIFICACION: BARRERA MESES DE PLANIFICACION: AÑOS DE PLANIFICACION: 10

ESTA USTED EMBARAZADA: No FECHA ULTIMA MESTRUACION: 01/06/2017 CITOLOGIAS PREVIAS: Si FECHA ULTIMA CITOLOGIA: 08/07/2016

CUAL FUE EL RESULTADO: Normal

Alguna Vez Le Practicaron

CAUTERIZACION EN EL CUELLO UTERINO FECHA: 09/03/2017  CONIZACION DEL CUELLO UTERINO FECHA:

HISTERECTOMIA FECHA:  RADIOTERAPIA EN EL UTERO FECHA:

ASPECTO DEL CUELLO: NORMAL

Tomo La Citologia

APELLIDOS: JIMENEZ NOMBRES: MARIA CAROLINA CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA FECHA: 17/07/2017

En el reporte el formato se muestra de la siguiente forma:

PORTAL SALUD 2017														
CITOLOGIA CERVICO-UTERINA										No. 00001-17				
Fecha :										DIA	MES	AÑO		
										11	07	2017		
SECCIONAL PORTAL SALUD 2017					MUNICIPIO SAN JOSE DE CUCUTA - NORTE DE SANTANDER									
NOMBRE PEPITA PEREZ					DOCUMENTO DE IDENTIDAD 5.555.555			EDAD (AÑOS) 72						
MEDICO QUE ORDENO DR JAIME DE LA ROSA					ENTIDAD COMPENSAR									
G: 0		P: 0		C: 0		A: 0		EDAD PRIMERA RELACION SEXUAL: 20						
FECHA DE NACIMIENTO: 25/05/1956		D M A 25 05 1956		METODO DE PLANIFICACION: BARRERA			TIEMPO MESES: 10 AÑOS: 10		FECHA ULTIMA MENSTRUACION 01/08/2017					
ESTA USTED EMBARAZADA		SI	NO	NO SABE	CITOLOGIA PREVIA		SI	NO	FECHA ULTIMA CITOLOGIA 08/07/2016		CUAL FUE EL RESULTADO	NORMAL	ANORMAL	NO SABE
1		2	X	3	1	X	2	3	1	X	2	3	3	
ALGUNAS VEZ LE PRACTICARON:														
<input checked="" type="checkbox"/> CAUTERIZACION EN EL CUELLO UTERINO FECHA 09/03/2017														
<input type="checkbox"/> HI STERECTOMIA FECHA														
<input type="checkbox"/> CONIZACION DEL CUELLO UTERINO FECHA														
<input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA EN EL UTERO FECHA														
ASPECTO DEL CUELLO: NORMAL														
TOMO LA CITOLOGIA:			OZUMA			CALCUTA			CARGO			FECHA		
APELLIDOS			NOMBRES			AUXILIAR DE ENFERMERIA			11/07/2017					
RESULTADO DE LA CITOLOGIA														
1. CALIDAD MUESTRA					5. ANORMALIDADES EN CELULAS ESCAMOSAS									
<input type="checkbox"/> Satisfactoria (Células endocervicales / zona de transformación presente)					<input type="checkbox"/> Atipias en células escamosas significado indeterminado (ASC-US).									
<input type="checkbox"/> Satisfactoria (Células endocervicales / zona de transformación ausente).					<input type="checkbox"/> Atipias en células escamosas significado indeterminado sugestivo de LEI. De alto grado (ASC-H).									
<input type="checkbox"/> Insatisfactoria.					<input type="checkbox"/> Lesión intraepitelial escamosa bajo grado LEI bg (cambios asociados a infección por HPV o displasia ligera (NIC)).									
<input type="checkbox"/> Rechazada.					<input type="checkbox"/> Lesión intraepitelial escamosa alto grado LEI ag (NICII, NICIII, Ca In Situ).									
2. CATEGORIZACION GENERAL					<input type="checkbox"/> Lesión intraepitelial escamosa alto grado sospechosa de infiltración.									
<input type="checkbox"/> Negativa para lesión intraepitelial o malignidad.					<input type="checkbox"/> Carcinoma escamocelular invasivo.									
<input type="checkbox"/> Anormalidades celulares epiteliales.					6. ANORMALIDADES EN CELULAS GLANDULARES									
<input type="checkbox"/> Otros.					<input type="checkbox"/> Atipias de células glandulares endocervicales sin otra especificación.									
3. MICROORGANISMO					<input type="checkbox"/> Atipias en células endometriales sin otra especificación.									
<input type="checkbox"/> Trichomona vaginalis.					<input type="checkbox"/> Células endocervicales atípicas sospechosas de malignidad.									
<input type="checkbox"/> Hongos consistentes con candida sp.					<input type="checkbox"/> Células glandulares atípicas sospechosas de malignidad.									
<input type="checkbox"/> Cambio de flora vaginal normal, sugestiva de vaginosis bacteriana.					<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma Endocervical in Situ.									
<input type="checkbox"/> Compatible con Actinomyces sp.					<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma Endocervical.									
<input type="checkbox"/> Efectos citopáticos por virus del Herpes Simple.					<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma Endometrial.									
<input type="checkbox"/> Lactobacillus sp.					<input type="checkbox"/> Otras Neoplasias.									
<input type="checkbox"/> No se observa flora patógena														
<input type="checkbox"/> Otros.														
4. OTROS HALLAZGOS NO-NEOPLASICOS														
<input type="checkbox"/> Cambios celulares reactivos asociados a inflamación.														
<input type="checkbox"/> Cambios celulares reactivos asociados a irradiación.														

Los movimientos especiales son registros que no representan movimientos de historia clínica los cuales son la referencia y la contrarreferencia estos movimientos se realizan en base a una factura hospitalaria.

- Referencia

Paciente

Nombre:	PEPITA PEREZ	Historia Clínica No:	372418
Género:	F	Fecha de Nacimiento:	30/12/1951 0:00:00
Identificación Tipo:	CC	Número:	5.555.555
Ciudad:	Entidad:	Dirección:	Años
Tipo de Afiliado:	Beneficiario	Tipo de Usuario:	Subsidiado
		Email:	Teléfono:

**REFERENCIA**

Fecha de Atención: miércoles, 12 de julio de 2017 8:35:54      Sede de Atención: PORTAL SALUD 2017

Factura:

Datos Persona Responsable del Paciente

Primer Nombre:	<input type="text"/>	Segundo Nombre:	<input type="text"/>
Primer Apellido:	<input type="text"/>	Segundo Apellido:	<input type="text"/>
Tipo de Identificación:	<input type="text" value="Seleccionar Tipo de Identificación"/>	Numero de Identificación:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>		Teléfono:
Municipio - Departamento:	<input type="text"/>		

Profesional que solicita la Referencia:       Servicio para el cual se solicita la Referencia:       Servicio que solicita Referencia:

Datos de la Referencia

Numero de Referencia:       Fecha:       Hora:       Entidad:

Problemas:

Problemas:

- Reporte Referencia

**REFERENCIA**

Nombre	PEPITA PEREZ	Fecha de Nacimiento	30/12/1951	Edad (Años)	65
Género	F	Número	5.555.555	Teléfono	58283
Tipo Identificación	CC			Estado Civil	Casado
Dirección				Tipo de Usuario	Subsidiado
Entidad	MEJOR SALUD S.A			Tipo de Afiliado	Beneficiario
Ocupación	AMA DE CASA			Escolaridad	
Ciudad	CUCUTA				

Numero de Referencia	0086	Fecha	05/05/2015	Hora	15:49
Entidad	MEJOR SALUD S.A				
Servicio que solicita Referencia	920901 GAMAGRAFIA OSEA TOTAL (CORPORAL)				

Profesional que solicita la Referencia: OXANA GALVIS  
 Servicio para el cual se solicita la Referencia: GAMAGRAFIA OSEA

**REFERENCIA**

**DATOS PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE**

Nombres:	Apellido	Identificación:	CC	Dirección:	Teléfono:	Municipio:	Departamento:
						CUCUTA	NORTE DE SANTANDER

**PROBLEMAS**  
sin problemas previos

**ANTECEDENTES**  
X

**EXAMEN FISICO**  
X

**DIAGNOSTICO**  
X

CC. REG. 10  
MEDICINA NUCLEAR

1/1 Impreso con www.tns-software.co

- Contrarreferencia

<b>Paciente</b>			
<b>Nombre:</b>	PEPITA PEREZ	<b>Historia Clínica No:</b>	372418
<b>Género:</b>	F	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	30/12/1951 0:00:00
<b>Identificación Tipo:</b>	CC	<b>Número:</b>	5.555.555
<b>Ciudad:</b>		<b>Entidad:</b>	MEJOR SALUD S.A
<b>Tipo de Afiliado:</b>	Beneficiario	<b>Tipo de Usuario:</b>	Subsidiado
		<b>Email:</b>	
		<b>Edad:</b>	65 Años
		<b>Dirección:</b>	
		<b>Teléfono:</b>	
<b>CONTRAREFERENCIA</b>			
<b>Fecha de Atención:</b> miércoles, 12 de julio de 2017 9:36:19		<b>Sede de Atención:</b> PORTAL SALUD 2017	
<b>Factura:</b>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Consultar"/>	
<b>Datos Persona Responsable del Paciente</b>			
<b>Primer Nombre:</b>	<input type="text"/>	<b>Segundo Nombre:</b>	<input type="text"/>
<b>Primer Apellido:</b>	<input type="text"/>	<b>Segundo Apellido:</b>	<input type="text"/>
<b>Tipo de Identificación:</b>	Seleccionar Tipo de Identificación	<b>Numero de Identificación:</b>	<input type="text"/>
<b>Dirección:</b>	<input type="text"/>	<b>Telefono:</b>	<input type="text"/>
<b>Municipio - Departamento:</b>	<input type="text"/>		
<b>Profesional que Contrarefiere</b>		<b>Servicio que Contrarefiere</b>	
<b>Nombre del Profesional:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Telefono del Profesional:</b>	<input type="text"/>		
<b>Datos de la Contrareferencia</b>			
<b>Numero de Contrareferencia:</b>	<input type="text"/>	<b>Fecha:</b>	01/01/0100
		<b>Hora:</b>	00:00
		<b>Entidad:</b>	<input type="text"/>
<input type="button" value="Hallazgos Adic."/>	<input type="button" value="Impresión Diag."/>	<input type="button" value="Plan Diag. y Terap."/>	<input type="button" value="Recomendaciones"/>
<b>Hallazgos Adic.:</b>			
<input type="text"/>			