

Pereira, Enero 18 de 2016

ALCALDIA DE PEREIRA

Radicación No: 1751-2016

Fecha: 18/01/2016-16 15:34

Recibido por: NORA LUCIA LOPEZ ISAZA

Destino: Secretaría de Educación

Anexos:

Doctor
JUAN PABLO GALLO
Alcalde Municipio de Pereira
Ciudad

Cordial Saludo:

De manera atenta se dirige a usted LEIDY JOHANA BUITRAGO, con C.C. No. 1.088.242.699, en calidad de madre y en representación del niño DARWING ESTEBAN SALAZAR, de 7 años y estudiante de la Institución Educativa Aquilino Bedoya, en el grado de segundo, para solicitarle comedidamente que se le otorguen tiquetes de transporte.

Lo anterior debido a que mi hijo posee una enfermedad denominada asma rinitis – fibrosis quística al caminar mucho, y vivimos en un barrio relativamente lejos de la institución educativa, barrio Nacederos - La Libertad y carezco de recursos para pagarle un transporte, si se tiene además en cuenta que debo llevarlo y traerlo, pues DARWING ESTEBAN está muy pequeño aún.

Sé de su espíritu de ayuda hacia los menos favorecidos, por lo que confío en su colaboración oportuna y le quedo muy agradecida por su atención.

Atentamente,

Leidy Johana Buitrago
1.088242699

LEIDY JOHANA BUITRAGO
C.C. 1.088.242.699
Cel: 3104325183
Carrera 11 No. 71-17, barrio Nacederos - La Libertad - Pereira



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA

800231235

CARRERA 4 N° 24-88 TEL: 3356333-42

Fecha Actual : jueves, 27 agosto 2015

Página 1/1

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA - CONSULTA EXTERNA

N° Historia Clínica: 1089384498

Edad En El Momento De La Atención 7 Años \ 0 Meses \ 20 Días

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: DARWING ESTEBAN SALAZAR BUITRAGO

Identificación: 1089384498

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 06/agosto/2008 Edad Actual: 7 Años \ 0 Meses \ 20 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: CARRERA 11 NO 71 17 B LA LIBERTAD

Teléfono: 3122917589

Procedencia: PEREIRA

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ASMET SALUD - ASOC.MUTUAL LA ESPERANZA E.S.S.

Plan Beneficios: ASMET SALUD ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA Nivel - Estrato:SUBSIDIADO 0 EPS -S

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 72

Fecha:27/08/2015 10:28

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1355926 Fecha: 27/08/2015 10:08

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa:Enfermedad_General

Antecedentes

21/11/2012 9:19:02 a. Médicos ESTREÑIMIENTO CRÓNICO, HIPOGANGLIONOSIS.

21/11/2012 9:19:37 a. Médicos REFLUJO GASTRO ESOFÁGICO.

21/11/2012 9:23:54 a. Quirúrgicos ADENOIDECTOMÍA.

21/11/2012 9:24:26 a. Quirúrgicos TURBINOPLASTIA.

21/11/2012 9:24:57 a. Quirúrgicos CIRUGÍA DE HIDROCELES.

Motivo de Consulta: ESTREÑIMIENTO - EN MANEJO CON GASTROENTEROLOGÍA EN BUSCA DE FIBROSIS QUISTICA

Enfermedad General: DOLOR EN EL PIE A NIVEL DE RODILLA, SE LE HA INFLAMDO - TOS Y FIEBRE -

REVISION POR SISTEMAS

EXAMEN FISICO

Aspecto y Estado General del Paciente

EDAD: 7 A - P: 23 K T: 123 CNT - IMC: 15 - NO FIEBRE - NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA - TOS CON MOVILIZACION DE SECRECIONES - FARINGE SIN ESCURRIMIENTO POSTERIOR, NO COMPROMISO DE AMIGDALAS - ABDOMEN BLANDO, NO MASAS, NO MEGALIAS ABDOMINALES PALPABLES - OIDOS SIN ALTERACIONES - ARTICULACIONES: NO EDEMA, NO ERITEMA, NO LIMITACION FUNCIONAL, NO COJERA.

FC 0,0 FR 0,00 T.A.S 0,000 T.A.D 0,000 TAM 0,000 PESO 0,000 Kg TALLA 0,000 Mts IMC 0,000 SIN DATO

SINTOMATICO RESPIRATORIO NO

CONDUCTA

PACIENTE CON CUADRO RESPIRATORIA BAJO - SE INDICA RX TORAX Y TRIMETROPRIN

EXAMENES SOLICITADOS

Examen	Cantidad	Observacion
890302 - CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1	CITA PEDIATRIA EN 6 MESES
890202 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1	CITA ORTOPEDIA

PLAN DE MANEJO

Medicamento	Concentracion	Cant.	Frecuencia	Observaciones
CEFALEXINA 250 MG/5 ML POLVO P/SUSP ORAL X 60 ML	250 MG/5 ML POLVO P/SUSP ORAL X 60 ML	2	TOMAR 5 CC CADA 6 HORAS	

DIAGNOSTICOS

R05X TOS

Folio de Historia Clínica

PROFESIONAL RESPONSABLE

PEDIATRIA

SANCHEZ ROMERO MIGUEL ALBERTO

Tarjeta Profesional 14212765

Usuario: 14212765

MIGUEL A. BANCHEZ R.
C.C. 14.212.765 Ibagué
T.P. 3464/80 - R.C.R. 279
Pediatra

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA] NIT [800231235-7]

4
Resumen Historia Clínica

 <p>Respiramos S.A.S. Unidad de Neumología y Alergología del Hospital General de Pereira</p>	Identificación del Usuario		
	Ciudad: MANIZALES	2015/03/18 A las 08:55:37	E.P.S.: ASMETSALUD
	Nombre: DARWING STEBAN SALAZAR BUITRAGO	Documento: RC 1089384498	Fecha Nacimiento: 2008/08/06
	Sexo: MASCULINO	Edad: 6 AÑOS 7 MESES 12 DÍAS	Ocupación: .
	Procedencia: PEREIRA	Zona: RURAL	Teléfono:
	Dirección:	Tipo de Afiliado: COTIZANTE	Estado Civil: SOLTERO(A)
	Información del Cotizante		
	Categoría:	Nombre: -1 -1 -1	Documento: -1 -1

Ingreso ATENCION MEDICA

MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA: ASMA/RINITIS

ENFERMEDAD ACTUAL: SE CITO AL MES DE LA ULTIMA CONSULTA Y HAN PASADO 5 MESES... ANTES LLEVABA UN AÑO SIN VENIR..... SRA: NEGATIVOS..... SRB: NEGATIVOS..... EN FEBRERO TUVO CRTISI POR MAL CLIMA. NO HOSPITALIZADO.... TTO EN CASA CON INHALADORES Y LORATADINA..... TTO ACTUAL: SALBUTAMOL Y BDP.....

CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL

SIGNOS VITALES INF

FECHA	PESO (KG)	TALLA (CM)	I.M.C.	PER CEFA	TA SIST	TA DIAST	SaO2	TEMP	FREC CARD	FREC RESP	USUARIO	ESTADO
18/03/2015	25.5											ACTIVO

EXAMEN FISICO

EXAMEN FISICO: RR: RUDOS DE BUENA INTENSIDAD....

ASPECTO GENERAL: NORMAL

Dx. ANALISIS Y PLAN

TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESION DIAGNOSTICA

TIPO DE CONTINGENCIA: ENFERMEDAD GENERAL

CLASE DE ATENCION: AMBULATORIA ELECTIVA

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: J459 ASMA, NO ESPECIFICADA

ANALISIS Y PLAN: INTERMITENTE..... NO SE MODIFICA TRATAMIENTO.....

OTROS DIAGNOSTICOS
3904 RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA

FORMULACION

RECOMENDACIONES: BUENO FISIOLÓGICO; CHORRIS NASALES 4 VECES AL DIA PERMANENTE

MEDICAMENTO	CANT	DOSE
SALBUTAMOL 100 MG FRASCO	1	APLICAR 2 PUFFS CADA 4 HORAS HASTA QUE SE LE QUITA LA TOS. LUEGO, 2 PUFFS CADA VEZ QUE TOSA. SI TOSA MAS DE 4 VECES AL DIA COLICARLO OTRA VEZ CADA 4 HORAS
BECLOMETABONA X 250 MCG FRASCO	2	APLICAR 2 PUFFS CADA 12 HORAS PERMANENTE
LORATADINA TABLETA	30	TOMAR 1 TABLETA CADA NOCHE PERMANENTE

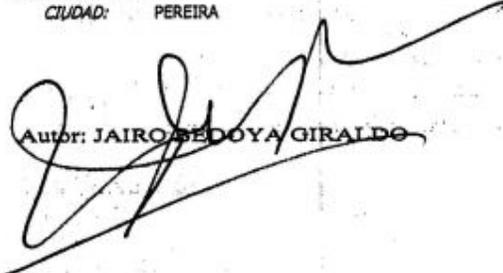
INTERCONSULTA

ESPECIALIDAD
158 NEUMOLOGIA PEDIATRICA

JUSTIFICACION
CONTROL EN 1 MES

INCAPACIDADES

CIUDAD: PEREIRA


Autor: JAIRO BEDOYA GIRALDO

Documento: CC 10087407



Clasificación	Petición ó Tutela		
Fecha de radicación:	18 de enero de 2016	Número de radicado:	1751
Tipo de documento:	DERECHOS DE PETICION	Fecha de oficio entrante:	2016-01-18 16:10
Número de oficio entrante:			
Persona natural o jurídica:	LEIDY JOHANA BUITRAGO		
Descripción o asunto:	SOLICITUD	Tiempo de respuesta (dias):	
Anexos físicos:		Descripción de anexos físicos:	
Anexos digitales:			
Destino:	OPERADOR SAC - Auxiliar Administrativo	Copia a:	-

