

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.
 m.
 21/11/2012 9:19:37 a. Médicos REFLUJO GASTRO ESOFÁGICO.
 m.
 21/11/2012 9:23:54 a. Quirúrgicos ADENOIDECTOMÍA.
 m.
 21/11/2012 9:24:26 a. Quirúrgicos TURBINOPLASTIA.
 m.
 21/11/2012 9:24:57 a. Quirúrgicos CIRUGÍA DE HIDROCELES.
 m.

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 INFLAMADO - TOS Y FIEBRE -

REVISIÓN 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
 00 00 0 0

SINTOMÁTICO RESPIRATORIO NO

CONDUCTA

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

EXAMENES SOLICITADOS

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

PLAN DE MANEJO

Medicamento	Concentración	Cant.	Farmacología	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

4
Resumen Historia Clínica

 Respiramos S.A.S. <small>Unidad de Neumología y Alergología del Hospital General de Pereira</small>	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; CHORROS NASALES 4 VECES AL DIA PERMANENTE

MEDICAMENTO	CANT	DOSE
SALBUTAMOL 100 MG FRASCO	1	APLICAR 2 PUFFS CADA 4 HORAS HASTA QUE SE LE PASA 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:	-

