Medis365 - PHMKK

239 - RUTH RODRIGUEZ

Paciente

Nombre: RUTH
Apellido paterno: RODRIGUEZ
Fecha de registro: 24/03/2026
Fecha de nacimiento: 28/08/1968
Sexo: Femenino
Tipo documento: Cédula ciudadanía
Documento: 51944314
País: REPÚBLICA DE COLOMBIA
Estado: CUNDINAMARCA
Municipio: Mosquera
Calle: Calle 23 No 5-27
Telefonos: 3209001200
Email: ruthrodriguez.personal@fmail.com
Titular: MIKE PIZARRO HERRERA
Idioma: ESP

CONSULTA 24/03/2026

Historia clínica #189

Fecha: 24/03/2026 02:29 PM
Medico: MIKE PIZARRO HERRERA
Sucursal: Dr. MIKE PIZARRO PLASTIC SURGERY
Firmado: No

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Pregunta	Respuesta
Religión:	CATOLICA
Escolaridad:	EJECUTIVA DE VENTAS
Lugar de nacimiento:	BOGOTA
Grupo sanguíneo:	A+
Alergias:	SUERO VITAMINADO (NO EXPECIFICA QUE MEDICAMENTOS)
Acompañante:	VINO SOLA
Tel. acompañante:	

II. FIABILIDAD

Pregunta	Respuesta
Describa:	BUENA

III. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Pregunta	Respuesta
Describa:	HERMANA MAYOR CA UTERINO PADRE HIPERTENSO , DIABTES MELLITUS

IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Pregunta	Respuesta
Describa:	PATOLOGICOS : HIPOTIROIDISMO 50 MG , RUPTURA DE LIGAMENTE SUPRA ESPINO HOMBRO DERECHO QUIRURGICOS : LIPOABDOMINOPLASTIA + AUMENTO MAMARIO , HISTERECTOMIA X MIOMATOSIS UTERINA , LENTES INTRAOCULARES , APENDICECTOMIA , COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA MEDICAMENTOS : VITAMINA C , BIOTINA , GLUCOSAMINA . SIN GESTACIONES .

V. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Pregunta	Respuesta
Describa:	TABQUISMO : POSITIVO (1 VEZ AL MES 1 CIGARRILLO) HACE 1 MES ALCOHOL : SOCIAL

VI. MOTIVO DE CONSULTA

Pregunta	Respuesta
Describa:	QUIERO RETIRARME LOS IMPLANTES Y REALIZARME UNA LIPOABDOMINOPLASTIA

VII. PADECIMIENTO ACTUAL

Pregunta	Respuesta
Describa:	PACIENTE CON QUEJA DE LIPODISTROFIA E REGION PERIUMBILICAL , CON FLACIDEZ MARCADA DE LA REGION SUPRAUMBILICAL CON DESEO DE MEJORAR , REFIERE ADEMAS ANTECEDENTES DE IMPLANTES MAMARIOS ACTUALMENTE CON QUEJA DE DOLOR Y DEFORMIDAD NO TRAE ESTUDIO ECOGRAFICO DESEA REALIZAR LIPOABDOMINOPLASTIA + EXPLANTACION MAMARIA

VIII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Pregunta	Respuesta
1. Órganos de los sentidos	SIN SINTOMAS REFERIDOS
-- Visión:	SIN SINTOMAS REFERIDOS
-- Audición:	SIN SINTOMAS REFERIDOS
-- Olfato:	SIN SINTOMAS REFERIDOS

Pregunta	Respuesta
-- Gusto:	SIN SINTOMAS REFERIDOS
-- Tacto:	SIN SINTOMAS REFERIDOS
2. Piel y tegumentos	SIN SINTOMAS REFERIDOS
-- Piel:	SIN SINTOMAS REFERIDOS
-- Uñas:	SIN SINTOMAS REFERIDOS
-- Pelo:	SIN SINTOMAS REFERIDOS
3. Respiratorio:	SIN SINTOMAS REFERIDOS
4. Cardiovascular y periférico:	SIN SINTOMAS REFERIDOS
5. Gastrointestinal:	SIN SINTOMAS REFERIDOS
6. Genitourinario:	SIN SINTOMAS REFERIDOS
7. Músculo-esquelético:	SIN SINTOMAS REFERIDOS
8. Nervioso-psiquiátrico:	SIN SINTOMAS REFERIDOS

IX. EXPLORACIÓN FÍSICA

Pregunta	Respuesta
a) Habitus exterior:	BUEN ESTADO GENERAL
b) Signos vitales.	
-- Signos vitales:	Peso (kg): 66 Talla (cm): 157 IMC: 26.78 Tensión arterial: 110/70 Temperatura (°C): 37 Frec. cardíaca (lpm): 77 Frec. respiratoria (rpm): 18 Saturación O (%): 99
c) Cabeza.	NORMOCEFALO
-- Ojos:	DERMATOCALASIA SUPERIOR
-- Oídos:	SIN ALTERACIONES EVIDENTES
-- Nariz:	SIN ALTERACIONES EVIDENTES
-- Boca:	SIN ALTERACIONES EVIDENTES
d) Cuello:	SIN ALTERACIONES EVIDENTES
e) Tórax:	SENOS CON PTOSIS GRADO 3 CAP -F IZQUIERDO 25 CMT BASE 12 CMT CAP - F DERECHO 24 CMT BASE 12 CMT SENOS CON CONTRACTURA CAPSULAR BILATERAL
f) Abdomen:	LIPODISTROFIA CON FLACIDEZ DE PIEL EN PARED ABDOMINAL PREDOMINANTE EN ABDOMEN SUPERIOR CICATRIZ DE ABDOMINOPLASTIA INFERIOR CON RETRACCIONES
g) Extremidades:	LIPODISTROFIA EN MIEMBRO INFERIORES Y BRAZOS
h) Columna:	SIN ALTERACIONES
-- Cráneo	NORMOCEFALO

Pregunta	Respuesta
i) Examen pélvico:	NO SE REALIZA EXAMEN GINECOLOGICO

X. PARACLÍNICOS PREVIOS

Pregunta	Respuesta
Describa:	SIN PARACLINICOS DE MOMENTO

XI. DIAGNÓSTICO

Pregunta	Respuesta
Describa:	LIPODISTROFIA ABDOMINAL PTOSIS MAMARIA
CIE10:	E881 - LIPODISTROFIA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

XII. TRATAMIENTO

Pregunta	Respuesta
Describa:	LIPOABDOMINOPLASTIA INVERSA , CORRECCION DE LA CICATRIZ INFERIOR EXPLANTACION MAMARIA CON RECONSTRUCCION MAMARIA + INJERTO GRASO

XIII. PRONÓSTICO

Pregunta	Respuesta
Describa:	BUENO SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS RECOMENDACIONES