Medis365 - PHMKK

4 - Angela Maria Martinez Bautista

Paciente

Nombre:	Angela Maria
Apellido paterno:	Martinez
Apellido materno:	Bautista
Fecha de registro:	23/10/2024
Fecha de nacimiento:	09/09/1991
Sexo:	Femenino
Tipo documento:	Cédula ciudadanía
Documento:	1049627084
País:	REPÚBLICA DE COLOMBIA
Estado:	BOGOTÁ, D.C.
Municipio:	Bogotá D.C.
Telefonos:	3118223778
Email:	angela_91martinez@hotmail.com
Tipo de paciente:	Particular
Titular:	MIKE PIZARRO HERRERA
Idioma:	ESP

CONSULTA 21/11/2024

Nota de evolución #2

Fecha:	21/11/2024 11:17 AM
Médico:	MIKE PIZARRO HERRERA
Cerrada:	Sí

Detalle:

POP DE 20 DIAS DE LIPOASPIRACION DE ALTA DEFINICION
REFIERE SENTIRSE BIEN , CON LEVE DOLOR EN ZONAS DE LA ESPALDA Y AREAS DE FIBROSIS EN LA REGION LATERAL DEL ABDOMEN IZQUIERDO

REGION ABDOMINAL CON MARCACION EN LINEA MEDIA Y REGIONES LATERALES SE OBSERVA AREA DE FIBROSIS A NIVEL DEL TERIO SUPERIOR DEL LADO IZQUIERDO DEL ABDOMEN , DURA A LA PALPACION , REGION DORSAL SIN LTERACIONES SIN FIBROSIS , GLUTEOS SIN ALTERACIONES NO SE OBSERVAN AREAS DE LESIONES NODULARES O NECROSIS GRASA , REGION DE BRAZOS LEVE AREA DE FIBROSIS EN BRAZO DERECHO

PLAN : COTINUAR DRENAJES MANUALES
RADIOFRECUENCIA EN REGION ANTERIOR DEL ABDOMEN
SE INDICA AMPOLLA DE CORTICOIDE IM PARA MEJORAR INFLAMACION
CONTROL EN 1 SEMANA

CONSULTA 24/10/2024

Medis365 - PHMKK

4 - Angela Maria Martinez Bautista

Historia clínica #4

Fecha: 24/10/2024 08:57 AM
Medico: MIKE PIZARRO HERRERA
Sucursal: Dr. MIKE PIZARRO PLASTIC SURGERY
Firmado: No

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Pregunta	Respuesta
Religión:	
Escolaridad:	
Lugar de nacimiento:	
Grupo sanguíneo:	
Alergias:	
Acompañante:	
Tel. acompañante:	

II. FIABILIDAD

Pregunta	Respuesta
Describa:	

III. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Pregunta	Respuesta
Describa:	

IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Pregunta	Respuesta
Describa:	

V. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Pregunta	Respuesta
Describa:	

VI. MOTIVO DE CONSULTA

Pregunta	Respuesta
Describa:	

VII. PADECIMIENTO ACTUAL

Pregunta	Respuesta
Describa:	

VIII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Pregunta	Respuesta
1. Órganos de los sentidos	
-- Visión:	
-- Audición:	
-- Olfato:	
-- Gusto:	
-- Tacto:	
2. Piel y tegumentos	
-- Piel:	
-- Uñas:	
-- Pelo:	
3. Respiratorio:	
4. Cardiovascular y periférico:	
5. Gastrointestinal:	
6. Genitourinario:	
7. Músculo-esquelético:	
8. Nervioso-psiquiátrico:	

IX. EXPLORACIÓN FÍSICA

Pregunta	Respuesta
a) Habitus exterior:	
b) Signos vitales.	
-- Signos vitales:	
c) Cabeza.	
-- Ojos:	
-- Oídos:	
-- Nariz:	
-- Boca:	
d) Cuello:	
e) Tórax:	
f) Abdomen:	
g) Extremidades:	
h) Columna:	
-- Cráneo	
i) Examen pélvico:	

X. PARACLÍNICOS PREVIOS

Pregunta	Respuesta
Describa:	

XI. DIAGNÓSTICO

Pregunta	Respuesta
Describa:	
CIE10:	

XII. TRATAMIENTO

Pregunta	Respuesta
Describa:	

XIII. PRONÓSTICO

Pregunta	Respuesta
Describa:	