Medis365 - PHMKK

41 - ELIXANDRO ICO CUERVO

Paciente

Nombre:	ELIXANDRO
Apellido paterno:	ICO
Apellido materno:	CUERVO
Fecha de registro:	09/02/2025
Tipo documento:	Cédula ciudadanía
Documento:	1765113916
País:	REPÚBLICA DE COLOMBIA
Estado:	BOGOTÁ, D.C.
Municipio:	Bogotá D.C.
Telefonos:	5643448597
Email:	elixandroaaron@icloud.com
Titular:	MIKE PIZARRO HERRERA
Idioma:	ESP

CONSULTA 10/02/2025

Historia clínica #27

Fecha:	10/02/2025 02:22 PM
Medico:	MIKE PIZARRO HERRERA
Sucursal:	Dr. MIKE PIZARRO PLASTIC SURGERY
Firmado:	No

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Pregunta	Respuesta
Religión:	
Escolaridad:	
Lugar de nacimiento:	FLORENCIA CAQUETA
Grupo sanguíneo:	O+
Alergias:	PENICILINA
Acompañante:	
Tel. acompañante:	

II. FIABILIDAD

Pregunta	Respuesta
Describa:	BUENA

III. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Pregunta	Respuesta
Describa:	MADRE : DIABETES , CANCER UTERINO , HIPERTENSA

IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Pregunta	Respuesta
Describa:	PATOLOGICOS : NEGADOS CIRUGIAS : TURBINECTOMIA , BLEFAROPLASTIA SUPERIOR ALERGIA : NEGADOS MEDICAMENTO : NEGADOS

V. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Pregunta	Respuesta
Describa:	CIGARRILLO : NEGADOS ALCOHOL : OCASIONAL

VI. MOTIVO DE CONSULTA

Pregunta	Respuesta
Describa:	QUIERO REALIZAR UN LIFTING FACIAL

VII. PADECIMIENTO ACTUAL

Pregunta	Respuesta
Describa:	PACIENTE CON QUEJA DE DERMATOCALASI , FLACIDEZ Y DERRETIMIENTO FACIAL , CON FLACIDEZ CERVICAL

VIII. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

Pregunta	Respuesta
1. Órganos de los sentidos	SIN SINTOMAS REFERIDOS
-- Visión:	
-- Audición:	
-- Olfato:	
-- Gusto:	
-- Tacto:	
2. Piel y tegumentos	SIN SINTOMAS REFERIDOS
-- Piel:	
-- Uñas:	
-- Pelo:	
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
b) Signos vitales.	
-- Signos vitales:	Tensión arterial: 120/70 Temperatura (°C): 37 Frec. cardíaca (lpm): 77 Frec. respiratoria (rpm): 18 Saturación O (%): 99
c) Cabeza.	
-- Ojos:	PTOSIS DE LA CEJA BILATERAL DERMATOCALASIA SUPERIOR E INFERIOR
-- Oídos:	
-- Nariz:	
-- Boca:	SURCOS NASOLABIALES MARCADOS JOWL EVIDENTE BILATERAL FLACIDEZ DEL TERCIO MEDIO
d) Cuello:	FLACIDEZ CERVICAL EN REGION SUBMANDIBULAR
e) Tórax:	
f) Abdomen:	
g) Extremidades:	
h) Columna:	
-- Cráneo	
i) Examen pélvico:	

X. PARACLÍNICOS PREVIOS

Pregunta	Respuesta
Describa:	

XI. DIAGNÓSTICO

Pregunta	Respuesta
Describa:	RITIDOSIS FACIAL
CIE10:	

XII. TRATAMIENTO

Pregunta	Respuesta
Describa:	LIFTING FACIAL COMPLETO (TERCIO SUPERIOR ENDOSCOPICO , TERCIO MEDIO DEEP PLANE , TERCIO INFERIOR DEEP NECK)

XIII. PRONÓSTICO

Pregunta	Respuesta
Describa:	