Medis365 - PHMKK

90 - CIELO LUMA VEIRA

Paciente

Nombre:	CIELO
Apellido paterno:	LUMA
Apellido materno:	VEIRA
Fecha de registro:	19/05/2025
Fecha de nacimiento:	12/08/1975
Tipo documento:	Cédula ciudadanía
Documento:	30388645
País:	REPÚBLICA DE COLOMBIA
Estado:	CALDAS
Municipio:	La Dorada
Calle:	CRA 3N
No. exterior:	10
No. interior:	1A
Telefonos:	3103537677
Email:	clunaveira12@gmail.com
Titular:	MIKE PIZARRO HERRERA
Idioma:	ESP

CONSULTA 03/06/2025

Historia clínica #66

Fecha:	03/06/2025 03:01 PM
Medico:	MIKE PIZARRO HERRERA
Sucursal:	Dr. MIKE PIZARRO PLASTIC SURGERY
Firmado:	No

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Pregunta	Respuesta
Religión:	CATOLICA
Escolaridad:	AMA DE CASA
Lugar de nacimiento:	DORA CALDAS
Grupo sanguíneo:	O+
Alergias:	NEGADOS
Acompañante:	VINO SOLA
Tel. acompañante:	

II. FIABILIDAD

Pregunta	Respuesta
Describa:	BUENA

III. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Pregunta	Respuesta
Describa:	NEGADOS

IV. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Pregunta	Respuesta
Describa:	PATOLOGICOS : HIPERTENSA MEDICAMENTOS : LOSARTAN CADA 12 HORAS , BATIDOS VERDES , COLAGENO HIDROLIZADO , QUEMADOR DE GRASA CIRUGIAS: LIPECTOMIA HACE 10 DIAS . AUEMENTO MAMARIO HACE 12 AÑOS (250 ML) NO TREA TARJETA , CESAREA , POMEROY , TIBIA PERONE BLEFAROPLASTIA SUPERIOR , HILOS TENSORES EN ROSTRO Y ACIDO HIALURONICO

V. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Pregunta	Respuesta
Describa:	TBAQUISMO: NEGADOS ALCOHOL : OCASIONAL ADICCIONES : NEGADOS

VI. MOTIVO DE CONSULTA

Pregunta	Respuesta
Describa:	QUIERO QUITARME LOS IMPLANTES Y REALIZARME UN LEVANTAMIENTO MAMARIO

VII. PADECIMIENTO ACTUAL

Pregunta	Respuesta
Describa:	PACIENTE CON ANTECEDENTES DE MAMOPLASTIA DE AUMENTO HACE 12 AÑOS ACTUALMENTE CON DESEO DE EXPLANTE MAMARIO Y LEVANTAMIENTO CON SUS PROPIOS TEJIDOS , REFIERE ADEMAS DESEO DE RETOQUES DE CIRUGIA ABDOMINAL PREVIA (LIPOADBOMINOPLASTIA)

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:	

Pregunta	Respuesta
-- 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 GENERAL
b) Signos vitales.	
-- Signos vitales:	Peso (kg): 73 Talla (cm): 156 IMC: 30 Tensión arterial: 130/80 Temperatura (°C): 37 Frec. cardíaca (lpm): 80 Frec. respiratoria (rpm): 18 Saturación O (%): 99
c) Cabeza.	
-- Ojos:	DERMATOCALASIA SUPERIOR EINFERIOR
-- Oídos:	
-- Nariz:	
-- Boca:	SURCO NASOYUGAL MARCADO
d) Cuello:	FLACIDEZ CERVICAL CONPLIEGUES CUTANEOS
e) Tórax:	SIMETRICO EXPANSIBBLE MAMAS SIMETRICAS MAMA DERECHA CAP - F 22 CMT BASE 13 CMT MAMA IZQUIERDA CAP - F 22 CMT BASE 13 CMT
f) Abdomen:	AREAS DE LIPODISTROFIA LOCALIZADAS EN LA REGION LATERAL DEL ABDOMEN CICATRIZ DE DERMOLIPECTOMIA MAL POSICIONADA OREJAD DE PERRO EN REGIONES LATERALES
g) Extremidades:	
h) Columna:	
-- Cráneo	
i) Examen pélvico:	

X. PARACLÍNICOS PREVIOS

Pregunta	Respuesta
Describa:	NO TIENE EN EL MOMENTO DE LA VALORACION

90 - CIELO LUMA VEIRA

XI. DIAGNÓSTICO

Pregunta	Respuesta
Describa:	LIPODISTROFIA ABDOMINAL RITIDOSIS FACIAL PTOSIS MAMARIA
CIE10:	

XII. TRATAMIENTO

Pregunta	Respuesta
Describa:	LIFTING FACIAL COMPLETO EXPLANTE MAMARIO + PEXIA MAMARIA SIN IMPLANTES LIPO+ RETOQUE DE ABDOMINOPLASTIA

XIII. PRONÓSTICO

Pregunta	Respuesta
Describa:	