



IDENTIFICACION DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación TI 1028892052	
Paciente SHAROM DANIELA RIVAS RUIZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) 23/09/2011	
Edad y género: 10 Años y 8 meses, Femenino	
Identificador único: 666008-1	Responsable: FAMISANAR SAS SUBSIDIADO

Página 1 de 3

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha 26/05/2022 11:23 - Sede: INSTITUTO ROOSEVELT sede 010 - Ubicación: 1-HOSPITALIZACION 3 PISO

Nota Egreso Vivo - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Paciente de 10 Años y 8 meses, Género Femenino, 0 día(s) en hospitalización

Diagnósticos activos antes de la nota: CAIDA EN EL MISMO NIVEL POR DESLIZAMIENTO TROPEZON Y TRASPIE: AREAS DE DEPORTE Y ATLETISMO, FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO (En Estudio).

Causa de egreso: ALTA POR PARTE DEL MEDICO

Resumen del egreso .
Ortopedia Infantil
Nota de salida

Dx Pre : Deslizamiento fisario Salter Harris I radio distal derecho
Dx Pop : IDEM
Procedimiento . Reducción cerrada radio distal + Aplicación de yeso antebraquiopalmar
Lateralidad : Derecha
Cirujano : Dra. María Fernanda García
Ayudantes : Dra. Ángela Gómez - Dra. Diana Benitez Hernández
Anestesióloga : Dra. Claudia Merchán
Sangrado : 0 cc
Complicaciones : Ninguna
Radiografía de muñeca AP y Lateral POP : Se verifica reducción la cual es adecuada en plano AP y lateral.

Análisis
Paciente en POP inmediato de Reducción cerrada radio distal derecho
Dolor controlado, yeso bien tolerado, no déficit neurovascular
Se da egreso con ordenes ambulatorias
Se educa a madre y paciente en recomendaciones generales, cuidados y signos de alarma
Se resuelven dudas, entienden y aceptan.

Plan
Salida
Acetaminofen 500 mg vo cada 8 h
Ibuprofeno 400 mg vo cada 12 h por 5 días y suspender
Incapacidad médica para actividades físicas por 30 días
Radiografía muñeca derecha AP y Lateral (Favor tomar en 2 semanas)
Control Ortopedia Infantil en 2 semanas

Diagnósticos activos después de la nota: FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL RADIO (En Estudio), CAIDA EN EL MISMO NIVEL POR DESLIZAMIENTO TROPEZON Y TRASPIE: AREAS DE DEPORTE Y ATLETISMO

Recomendaciones de Egreso Recomendaciones

- Antes de salir no olvide solicitar cita de control con el especialista tratante
- A la salida del hospital consuma alimentos blandos y gradualmente retorne a su alimentación regular.
- Si presenta vómito o intolerancia a algunos alimentos, consuma una alimentación liviana y fraccionada.
- Reinicie sus actividades cotidianas gradualmente, en la medida que su organismo lo tolere y según las indicaciones de su médico tratante
- Reinicie los medicamentos que toma habitualmente lo más pronto posible a la salida del hospital, a menos que haya recibido instrucción precisa sobre lo contrario.
- Tome los analgésicos formulados por el médico con horario estricto
- No mojar inmovilización- cubrir con plástico durante la ducha
- La extremidad intervenida debe mantenerse elevada para disminuir el dolor y la inflamación.

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 26/05/2022 11:31:39



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación TI 1028892052	
Paciente: SHAROM DANIELA RIVAS RUIZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) 23/09/2011	
Edad y género: 10 Años y 8 meses, Femenino	
Identificador único: 666008-1	Responsable: FAMISANAR SAS SUBSIDIADO

Página 2 de 3

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

- No retirar inmovilización, a menos de que su médico se lo haya indicado.
- No recortar el yeso
- Si el yeso se rompe o se afloja, asistir a consulta prioritaria en el Instituto Roosevelt.
- No introducir ningún objeto dentro del yeso.
- Verificar que los dedos estén rosados y que el paciente los pueda mover sin dolor.

SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR

- Dolor intenso, fiebre persistente, sangrado por heridas o yeso, salida de pus. En caso de presentar alguno de esos signos por favor acudir inmediatamente al Instituto Roosevelt.

Recuerde que es muy importante asistir a controles periódicos de programas de promoción y prevención ofrecidos por la EPS del paciente.

Firmado por: MARIA FERNANDA GARCIA RUEDA, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - SERVICIO DE PEDIATRIA, Registro 1018433388, CC 1018433388

ÓRDENES MÉDICAS

Ambulatoria/Externa - Incapacidad

26/05/2022 11:27

INCAPACIDAD

Fecha Inicial 26/05/2022 Fecha Final 24/06/2022

Nro de días: 30

Prórroga: No

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Imagenología

26/05/2022 11:27

RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA

Rx muñeca derecha AP y Lateral

Favor tomar en 2 semanas

Fractura radio distal derecho

Estado: REALIZADO

Ambulatoria/Externa - Imagenología

26/05/2022 11:27

RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA

Rx muñeca derecha AP y Lateral

Favor tomar en 2 semanas

Fractura radio distal derecho

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Medicación

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 26/05/2022 11:31:39



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: TARJETA DE IDENTIDAD 1028892052		
Paciente: SHAROM DANIELA RIVAS RUIZ		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):	JEIMY RUIZ	Edad: 10 Años y 8 meses
Identificador Único: 666008-1	Fecha: 2022/05/26	Página 1 de 1

ORDENES MÉDICAS - Incapacidad

DX: S525

- ORIGINAL -

Duración de la Incapacidad

Fecha Inicial	Fecha Final	Nro. Días
2022 05 26	2022 06 24	30 - TREINTA

Datos Incapacidad

Prorroga Prorroga: No	Tipo de Incapacidad: 1. INCAPACIDAD
--------------------------	--

Observaciones

DX: Fractura radio distal derecho Incapacidad médica para realizar actividad física y deportiva

Firma del Paciente: _____

Firmado Por: **MARIA FERNANDA GARCIA RUEDA**
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA - SERVICIO DE
PEDIATRIA
Registro: 1018433388. CEDULA DE CIUDADANIA:
1018433388

Firmado Electrónicamente

Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar Conmutador. (0571)3534000 NIT: 860013874 www.institutoroosevelt.com BOGOTA-57