

# HISTORIA CLINICA NEFROLOGICA

INES MARIA PARRAGA ZAMBRANO  
UNIDAD: CONSULTORIO PRIVADO | CO: 0001

Folio: 2  
Fecha: 2026-02-01

Tipo de Consulta: <input checked="" type="checkbox"/> C. Externa <input checked="" type="checkbox"/> Interconsulta <input type="checkbox"/> Urgencias <input checked="" type="checkbox"/> Hospit. <input type="checkbox"/> Telemedicina							
A. DATOS DEL PACIENTE							
Paciente:		Torres Jaramillo Diana		HC / Cedula:	1401401405		
Edad / Sexo:		35 años, 7 meses, 8 días / F		F. Nacim:			
Residencia:		-		Ocupacion:			
B. MOTIVO DE CONSULTA							
Referido por: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.			Dx Presuntivo: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.				
Motivo: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.							
Objetivos: Diagnostico <input checked="" type="checkbox"/>   Seguimiento <input checked="" type="checkbox"/>   Ajuste Tx <input type="checkbox"/>   Prep. TRR <input checked="" type="checkbox"/>   Otro <input type="checkbox"/> : Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.							
C. ENFERMEDAD ACTUAL							
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.							
Síntomas Urinarios: Disuria <input checked="" type="checkbox"/>   Polaquiuria <input type="checkbox"/> Hematuria <input checked="" type="checkbox"/>   Espuma <input type="checkbox"/> Edema <input checked="" type="checkbox"/>   Dolor Lumbar <input type="checkbox"/>			Síntomas Uremicos/Sistemicos: Astenia <input type="checkbox"/>   Hiporexia <input checked="" type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/>   Prurito <input checked="" type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/>   Calambres <input checked="" type="checkbox"/>				
D. ANTECEDENTES							
1. Personales Patologicos: HTA <input checked="" type="checkbox"/> DM <input checked="" type="checkbox"/> Dislip. <input checked="" type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> IC/ECV <input type="checkbox"/> Inmuno <input checked="" type="checkbox"/> Urológica <input checked="" type="checkbox"/> Otros: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.			3. Familiares: ERC <input type="checkbox"/> PKD <input type="checkbox"/> Litiasis <input type="checkbox"/> Detalle: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.				
2. Nefrologicos: ERC: SI (Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.) AKI: <input type="checkbox"/> Proteinuria: <input type="checkbox"/> Litiasis: <input type="checkbox"/> ITU Rec.: <input type="checkbox"/> Biopsia previa: SI (Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.)			4. Medicacion Habitual: IECA/ARA2 <input type="checkbox"/> BCC <input checked="" type="checkbox"/> Diuretico <input type="checkbox"/> iSGLT2 <input type="checkbox"/> AINES <input type="checkbox"/> Adherencia: REGULAR				
			5. Quirurgicos: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.				
			6. Alergias: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.				
E. REVISION POR SISTEMAS							
Cardiopulmonar: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.   Gastrointestinal: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.   Neurologico: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.   Piel: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.							
F. EXAMEN FISICO							
TA	FC	FR	Temp	SatO2	Peso	Talla	IMC
120/80	72	16	36	98%	75	178	23.67
Hidratacion: HIPERVOLEMIA   Edema: SI Grado: 10   Ingurgitacion: SI							
Glucemia:							
Detalle Cardiopulmonar: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.							
Detalle Abdomen: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.							
Detalle Piel: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.							
Acceso Vascular: Tipo: AVG   Hallazgos: Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.							
G. PARACLINICOS							
1. Laboratorio (Tendencia):							
Fecha	Cr	BUN	eGFR	K	HCO3		
2026-02-06	nostrud exercitation ullamco laboris.	nostrud exercitation ullamco laboris.	nostrud exercitation ullamco laboris.	nostrud exercitation ullamco laboris.	nostrud exercitation ullamco laboris.		
2026-02-20	nostrud exercitation ullamco laboris.	nostrud exercitation ullamco laboris.	nostrud exercitation ullamco laboris.	nostrud exercitation ullamco laboris.	nostrud exercitation ullamco laboris.		

**2. Otros Marcadores:**  
**Na:** nostrud exercitation ullamco laboris. | **Ca:** nostrud exercitation ullamco laboris. | **P:** nostrud exercitation ullamco laboris. | **PTH:** nostrud exercitation ullamco laboris. | **Vit D:** nostrud exercitation ullamco laboris.  
**Alb:** nostrud exercitation ullamco laboris. | **Hb:** nostrud exercitation ullamco laboris. | **Ferritina:** nostrud exercitation ullamco laboris. | **TSAT:** nostrud exercitation ullamco laboris.

**3. Orina:** EGO: nostrud exercitation ullamco laboris. | uACR: nostrud exercitation ullamco laboris. | uPCR: nostrud exercitation ullamco laboris. | Prot 24h: nostrud exercitation ullamco laboris.

**4. Imagen:** US Renal: nostrud exercitation ullamco laboris. | TAC/RM: nostrud exercitation ullamco laboris. | Otros: nostrud exercitation ullamco laboris.

H. SCORES / CLASIFICACIONES

<b>1. ERC (KDIGO):</b> Estadio G: <b>G4</b> / A: <b>A2</b> Riesgo: <b>MODERADO</b>  <b>2. Riesgo KFRE:</b> Inputs: 35A, f, eGFR 205, uACR 502 (Calculado en consulta)	<b>3. AKI (KDIGO):</b> Etapa: 2  <b>4. Dialisis:</b> <b>HD:</b> spKt/V: 100, URR: hf%, IDWG: 113 PesoSeco: 160, PA: 1221 Acceso DIALISIS: AVG <b>DP:</b> Kt/Vsem: bjvcfh, Aclar.: bv, PET: 32
---	---

I. IMPRESION DIAGNOSTICA (PROBLEMAS)

- nostrud exercitation ullamco laboris.
- nostrud exercitation ullamco laboris.
- nostrud exercitation ullamco laboris.

J. PLAN (CONDUCTA)

**Estudios a solicitar:**  
nostrud exercitation ullamco laboris.

**Tratamiento:**  
nostrud exercitation ullamco laboris.

**Educacion:**  
nostrud exercitation ullamco laboris.

**Metas:** PA: fdt | K: rgth | HCO3: reh | Hb: rhhe | PTH: rh  
**Proxima Cita:** 2026-02-06 (en 8 semanas)

DR. MIGUEL UNDA  
NEFROLOGO