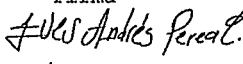


 HOSPITAL EL CARMEN AMALFI EMPRESA SOCIAL DEL EST. V	REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD				Resolución 003047 14 AGO 2008																																																																		
	NUMERO INFORME: W93 109493		Fecha: Ago.23/2023	Hora: 09:01																																																																			
	I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Razón Social:</td> <td colspan="6">ESE HOSPITAL EL CARMEN</td> </tr> <tr> <td>Código:</td> <td>050310209101</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%;">Nit:</td> <td colspan="3">890.982.101-8</td> </tr> <tr> <td>Dirección:</td> <td colspan="7">CL 23 COLOMBIA 23 40</td> </tr> <tr> <td>Teléfono:</td> <td colspan="3"></td> <td style="width: 10%;">Fax:</td> <td colspan="3">8301803</td> </tr> <tr> <td>Departamento:</td> <td colspan="3">ANTIOQUIA</td> <td>Código:</td> <td colspan="3">5</td> </tr> <tr> <td>Municipio:</td> <td colspan="3">AMALFI</td> <td>Código:</td> <td colspan="3">31</td> </tr> <tr> <td>ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):</td> <td colspan="3">COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE</td> <td>Código:</td> <td colspan="3">ESS024</td> </tr> </table>								Razón Social:	ESE HOSPITAL EL CARMEN						Código:	050310209101		Nit:	890.982.101-8			Dirección:	CL 23 COLOMBIA 23 40							Teléfono:				Fax:	8301803			Departamento:	ANTIOQUIA			Código:	5			Municipio:	AMALFI			Código:	31			ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE			Código:	ESS024												
Razón Social:	ESE HOSPITAL EL CARMEN																																																																						
Código:	050310209101		Nit:	890.982.101-8																																																																			
Dirección:	CL 23 COLOMBIA 23 40																																																																						
Teléfono:				Fax:	8301803																																																																		
Departamento:	ANTIOQUIA			Código:	5																																																																		
Municipio:	AMALFI			Código:	31																																																																		
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE			Código:	ESS024																																																																		
II. DATOS DEL PACIENTE																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1er Apellido:</td> <td colspan="2">RODRIGUEZ</td> <td style="width: 20%;">2do. Apellido:</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>1er Nombre:</td> <td colspan="2">JULIANA</td> <td>2do. Nombre:</td> <td colspan="4">MARCELA</td> </tr> <tr> <td>Tipo de Documento:</td> <td colspan="2">CEDULA</td> <td>No. Documento</td> <td colspan="4">1.018.342.434</td> </tr> <tr> <td>Fecha de Nacimiento:</td> <td>Sep.05/1986</td> <td style="width: 10%;">Edad:</td> <td>36 Años</td> <td style="width: 10%;">Sexo:</td> <td colspan="3">FEMENINO</td> </tr> <tr> <td>Dirección Residencia</td> <td colspan="5">CALLE JUAN DEL CORRAL NRO 17 10</td> <td style="width: 10%;">Teléfono:</td> <td>3004964415</td> </tr> <tr> <td>Departamento:</td> <td colspan="2">ANTIOQUIA</td> <td>Código:</td> <td colspan="4">05</td> </tr> <tr> <td>Municipio:</td> <td colspan="2">AMALFI</td> <td>Código:</td> <td colspan="4">31</td> </tr> <tr> <td>Cobertura en Salud:</td> <td colspan="7">CONTRIBUTIVO-2</td> </tr> </table>								1er Apellido:	RODRIGUEZ		2do. Apellido:					1er Nombre:	JULIANA		2do. Nombre:	MARCELA				Tipo de Documento:	CEDULA		No. Documento	1.018.342.434				Fecha de Nacimiento:	Sep.05/1986	Edad:	36 Años	Sexo:	FEMENINO			Dirección Residencia	CALLE JUAN DEL CORRAL NRO 17 10					Teléfono:	3004964415	Departamento:	ANTIOQUIA		Código:	05				Municipio:	AMALFI		Código:	31				Cobertura en Salud:	CONTRIBUTIVO-2						
1er Apellido:	RODRIGUEZ		2do. Apellido:																																																																				
1er Nombre:	JULIANA		2do. Nombre:	MARCELA																																																																			
Tipo de Documento:	CEDULA		No. Documento	1.018.342.434																																																																			
Fecha de Nacimiento:	Sep.05/1986	Edad:	36 Años	Sexo:	FEMENINO																																																																		
Dirección Residencia	CALLE JUAN DEL CORRAL NRO 17 10					Teléfono:	3004964415																																																																
Departamento:	ANTIOQUIA		Código:	05																																																																			
Municipio:	AMALFI		Código:	31																																																																			
Cobertura en Salud:	CONTRIBUTIVO-2																																																																						
III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Origen de la atención:</td> <td colspan="2">ENFERMEDAD GENERAL</td> <td style="width: 20%;">Tipo de Servicios solicitados:</td> <td colspan="4">SERVICIOS ELECTIVOS</td> </tr> <tr> <td>Prioridad de la atención:</td> <td colspan="2">NO PRIORITARIA</td> <td>Servicio:</td> <td colspan="4">MEDICINA GENERAL</td> </tr> <tr> <td>Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:</td> <td colspan="2">CONSULTA EXTERNA</td> <td>Cama:</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Manejo Integral Según Guía:</td> <td colspan="7">MEDICINA GENERAL</td> </tr> </table>								Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL		Tipo de Servicios solicitados:	SERVICIOS ELECTIVOS				Prioridad de la atención:	NO PRIORITARIA		Servicio:	MEDICINA GENERAL				Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	CONSULTA EXTERNA		Cama:					Manejo Integral Según Guía:	MEDICINA GENERAL																																						
Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL		Tipo de Servicios solicitados:	SERVICIOS ELECTIVOS																																																																			
Prioridad de la atención:	NO PRIORITARIA		Servicio:	MEDICINA GENERAL																																																																			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	CONSULTA EXTERNA		Cama:																																																																				
Manejo Integral Según Guía:	MEDICINA GENERAL																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">Seq</th> <th style="width: 20%;">Código CUPS</th> <th style="width: 10%;">Cantidad</th> <th style="width: 65%;">Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>881202</td> <td>1</td> <td>ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO</td> </tr> </tbody> </table>								Seq	Código CUPS	Cantidad	Descripción	1	881202	1	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO																																																								
Seq	Código CUPS	Cantidad	Descripción																																																																				
1	881202	1	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Justificación Clínica:</td> <td colspan="7"> PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, HABITANTE DE ZONA URBANA DEL MUNICIPIO, QUIEN INGRESA AL SERVICIO PARA REVISION DE PARACLINICOS PREVIAMENTE SOLICITADOS EN LA INSTITUCION POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CONSISTENTE EN EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES SIMETRICO, FACIAL, PARACLINICOS DE REPORTAN: CR 0.7 CON UNA TFG SEGUN CKD EPI 111,5% GLUCOSA 88 MG/DL TG 73 CT 160.5 HDL 41.36 LDL 104.54 CON UN RCV SEGUN FRAMINGHAM DE 0.075% PARA UN RIESGO BAJO DE MORBIMORTALIDAD EN LOS PROXIMOS 10 AÑOS, HB 14.8 HTO 45.2 VCM 94.2 HBCM 30.8 GB 7.0 NEUTRO 49.5% LINFO 42.0% PLAQ 282000 TSH 1.9 MICROALBUMINURIA 112.5 TODOS NORMALES SIN SINDROME ANEMICO SIN LEUCOCITOSIS NI NEUTROFILIA, EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES CONSCIENTE ALERTA ORIENTADO, SIN SIGNOS DE SRIS NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, A FEBRIL, AL EXAMEN FÍSICO SIGNOS VITALES ESTABLES, CIFRAS TENSIONALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, SIN EDEMA EN EL MOMENTO DE MIEMBROS INFERIORES, CONSIDERO PERTINENTE DESCARTAR CARDIOPATIA POR LO QUE SOLICITO ECOCARDIOGRAMA, EXPLICO A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. </td> </tr> <tr> <td>Diagnostico principal:</td> <td colspan="3">EDEMA ANGIONEUROTICO</td> <td style="width: 10%;">Código CIE10:</td> <td colspan="3">T783</td> </tr> <tr> <td>Diagnostico relacionado 1:</td> <td colspan="3">** NO PRESENTA **</td> <td>Código CIE10:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>Diagnostico relacionado 2:</td> <td colspan="3">** NO PRESENTA **</td> <td>Código CIE10:</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>								Justificación Clínica:	PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, HABITANTE DE ZONA URBANA DEL MUNICIPIO, QUIEN INGRESA AL SERVICIO PARA REVISION DE PARACLINICOS PREVIAMENTE SOLICITADOS EN LA INSTITUCION POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CONSISTENTE EN EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES SIMETRICO, FACIAL, PARACLINICOS DE REPORTAN: CR 0.7 CON UNA TFG SEGUN CKD EPI 111,5% GLUCOSA 88 MG/DL TG 73 CT 160.5 HDL 41.36 LDL 104.54 CON UN RCV SEGUN FRAMINGHAM DE 0.075% PARA UN RIESGO BAJO DE MORBIMORTALIDAD EN LOS PROXIMOS 10 AÑOS, HB 14.8 HTO 45.2 VCM 94.2 HBCM 30.8 GB 7.0 NEUTRO 49.5% LINFO 42.0% PLAQ 282000 TSH 1.9 MICROALBUMINURIA 112.5 TODOS NORMALES SIN SINDROME ANEMICO SIN LEUCOCITOSIS NI NEUTROFILIA, EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES CONSCIENTE ALERTA ORIENTADO, SIN SIGNOS DE SRIS NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, A FEBRIL, AL EXAMEN FÍSICO SIGNOS VITALES ESTABLES, CIFRAS TENSIONALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, SIN EDEMA EN EL MOMENTO DE MIEMBROS INFERIORES, CONSIDERO PERTINENTE DESCARTAR CARDIOPATIA POR LO QUE SOLICITO ECOCARDIOGRAMA, EXPLICO A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.							Diagnostico principal:	EDEMA ANGIONEUROTICO			Código CIE10:	T783			Diagnostico relacionado 1:	** NO PRESENTA **			Código CIE10:				Diagnostico relacionado 2:	** NO PRESENTA **			Código CIE10:																																			
Justificación Clínica:	PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, HABITANTE DE ZONA URBANA DEL MUNICIPIO, QUIEN INGRESA AL SERVICIO PARA REVISION DE PARACLINICOS PREVIAMENTE SOLICITADOS EN LA INSTITUCION POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CONSISTENTE EN EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES SIMETRICO, FACIAL, PARACLINICOS DE REPORTAN: CR 0.7 CON UNA TFG SEGUN CKD EPI 111,5% GLUCOSA 88 MG/DL TG 73 CT 160.5 HDL 41.36 LDL 104.54 CON UN RCV SEGUN FRAMINGHAM DE 0.075% PARA UN RIESGO BAJO DE MORBIMORTALIDAD EN LOS PROXIMOS 10 AÑOS, HB 14.8 HTO 45.2 VCM 94.2 HBCM 30.8 GB 7.0 NEUTRO 49.5% LINFO 42.0% PLAQ 282000 TSH 1.9 MICROALBUMINURIA 112.5 TODOS NORMALES SIN SINDROME ANEMICO SIN LEUCOCITOSIS NI NEUTROFILIA, EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES CONSCIENTE ALERTA ORIENTADO, SIN SIGNOS DE SRIS NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, A FEBRIL, AL EXAMEN FÍSICO SIGNOS VITALES ESTABLES, CIFRAS TENSIONALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, SIN EDEMA EN EL MOMENTO DE MIEMBROS INFERIORES, CONSIDERO PERTINENTE DESCARTAR CARDIOPATIA POR LO QUE SOLICITO ECOCARDIOGRAMA, EXPLICO A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.																																																																						
Diagnostico principal:	EDEMA ANGIONEUROTICO			Código CIE10:	T783																																																																		
Diagnostico relacionado 1:	** NO PRESENTA **			Código CIE10:																																																																			
Diagnostico relacionado 2:	** NO PRESENTA **			Código CIE10:																																																																			
IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nombre de quien reporta:</td> <td colspan="2">IVES ANDRES PEREA CARMONA</td> <td style="width: 20%;">Teléfono:</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Registro Medico:</td> <td colspan="2"></td> <td>Teléfono Celular:</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Cargo o Actividad:</td> <td colspan="2">MEDICO GENERAL</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>								Nombre de quien reporta:	IVES ANDRES PEREA CARMONA		Teléfono:					Registro Medico:			Teléfono Celular:					Cargo o Actividad:	MEDICO GENERAL																																														
Nombre de quien reporta:	IVES ANDRES PEREA CARMONA		Teléfono:																																																																				
Registro Medico:			Teléfono Celular:																																																																				
Cargo o Actividad:	MEDICO GENERAL																																																																						
Firma  1040183860.																																																																							

A-0021905277

 HOSPITAL EL CARMEN ANALFI "un hospital con calidad humana"	ESE HOSPITAL EL CARMEN Nit: 890.982.101-8	
	HISTORIA CLINICA DE: AMBULATORIA	
Nombre: RODRIGUEZ JULIANA MARCELA Telefono: 3004964415 Historia: 1018342434 Estado Civil: SOLTERO Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE	Edad: 36 Años Estrato: CONTRIBUTIVO-2 Id: CC 1.018.342.434 Hora Ate: 09:01	Atencion: 53 Fecha: Ago.23/2023

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: "REVISION DE PARACLINICOS "

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, HABITNATE DE ZONA URBANA DEL MUNICIPIO, QUIEN INGRESA AL SERVICIO PARA REVISION DE PARACLINICOS PREVIAMENTE SOLICITADOS EN LA INSTITUCION POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CONSISTENTE EN EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES SIMETRICO, FACIAL, PARACLINICOS DE REPORTAN: CR 0.7 CON UNA TFG SEGUN CKD EPI 111,5% GLUCOSA 88 MG/DL TG 73 CT 160.5 HDL 41.36 LDL 104.54 CON UN RCV SEGUN FRAMINGHAM DE 0.075% PARA UN RIESGO BAJO DE MORBIMORTALIDAD EN LOS PROXIMOS 10 AÑOS, HE 14.8 HTO 45.2 VCM 94.2 HBCM 30.8 GB 7.0 NEUTRO 49.5% LINFO 42.0% PLAQ 282000 TSH 1.9 MICROALBUMINURIA 112.5 TODOS NORMALES SIN SINDROME ANEMICO SIN LEUCOCITOSIS NI NEUTROFILIA, EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES CONSCIENTE ALERTA ORIENTADO, SIN SIGNOS DE SRIS NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, A FEBRIL, AL EXAMEN FÍSICO SIGNOS VITALES ESTABLES, CIFRAS TENSIONALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, SIN EDEMA EN EL MOMENTO DE MIEMBROS INFERIORES, CONSIDERO PERTINENTE DESCARTAR CARDIOPATIA POR LO QUE SOLICITO ECOCARDIOGRAMA, EXPLICO A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Revision por Sistemas: NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS.

Antecedentes:

Personales: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Familiares: CARDIOVASCULARES: MAMA

Psico-Sociales: CONSUMO TABACO: NIEGA

Ginecologicos: Parto Multiple: NO, Gestas: 0, Partos: 0, Abortos: 0, Vaginales: 0, Cesareas: 0, Nac. Vivos: 0, Muertos: 0, Viven: 0, Mueren 1 S: 0, Mueren D1 S: 0, Nacidos con peso < 2.500 gr: 0, Nacidos con peso > 4.000 gr: 0, Planifica con: , Fecha Ultimo Embarazo: Ago.00/0000, Trimestre Embarazo: ** NO EXISTE, Ciclo Mestrua: ** NO EXISTE, Fecha ultima citologia: Ago.24/2019, Proxima citologia: Ago.00/0000, Resultado de la citologia: NORMAL, Observaciones resultado: , Fecha ultima menstruacion: Abr.13/2021, Fecha de parto: Abr.00/0000, Menarca: 0, Observaciones Generales: .

Examen Fisico:

Estado General: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, CONCIENT, ALERTA, ORIENTADA, ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE SIN SIGNOS DE SIRS NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Signos Vitales: Peso: 69.00 KG Kg, Talla: 169 Mts, IMC: 24.15, Clasificacion: Rango Normal, Riegos: Promedio, Pulso: 88 Xm, Frecuencia Cardiaca: 88 Xm, Ritmo Cardiaco: NORMAL, Frecuencia Respiratoria: 17, P.Sistolica: 125, P.Diastolica: 80, P.Arterial Media: 95, Temperatura: 37, Sitio de toma: AXILAR.

Aparatos y Sistemas: PIEL Y FANERAS: NORMAL,. CABEZA: NORMAL,. OJOS: NORMAL,. OIDOS: NORMAL,. BOCA: NORMAL,. GARGANTA: NORMAL,. CUELLO: NORMAL,. TORAX: NORMAL,. SIST.RESPIRATORIO: NORMAL,. SIST.CARDIOVASCULAR: NORMAL,. SIST.VASCULAR PERIFERICO: NORMAL,. ABDOMEN: NORMAL,. SIST.GENITOURINARIO: NORMAL,. TACTO VAGINAL: NORMAL,. TACTO RECTAL: NORMAL,. SIST.LOCOMOTOR: NORMAL,. SIST.NEUROLOGICO: NORMAL,. EX.GANGLIONAR: NORMAL,. EX.MENTAL: NORMAL,. OTROS: NORMAL,. NARIZ: NORMAL,

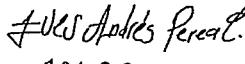
Examen Neurológico:

Paraclínicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

Concepto Medico: PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, HABITNATE DE ZONA URBANA DEL MUNICIPIO, QUIEN INGRESA AL SERVICIO PARA REVISION DE PARACLINICOS PREVIAMENTE SOLICITADOS EN LA INSTITUCION POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CONSISTENTE EN EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES SIMETRICO,

Pagina: 1 de 2 Imprime: IVES	Medico: IVES ANDRES PEREA CARMONA	Firma  1040183860.
Fecha Sistema: 23/08/2023 Hora: 9:20:55	Cedula: 1.040.183.860 Registro:	

**HISTORIA CLINICA DE:
AMBULATORIA**

Atencion: 53
Fecha: Ago.23/2023

Nombre:	RODRIGUEZ JULIANA MARCELA	Edad:	36 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3004964415	Estrato:	CONTRIBUTIVO-2		
Historia:	1018342434	Id:	CC	1.018.342.434	
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	09:01		
Entidad:	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE				

FACIAL, PARACLINICOS DE REPORTAN: CR 0.7 CON UNA TFG SEGUN CKD EPI 111,5% GLUCOSA 88 MG/DL TG 73 CT 160.5 HDL 41.36 LDL 104.54 CON UN RCV SEGUN FRAMINGHAM DE 0.075% PARA UN RIESGO BAJO DE MORBIMORTALIDAD EN LOS PROXIMOS 10 AÑOS, HB 14.8 HTO 45.2 VCM 94.2 HBCM 30.8 GB 7.0 NEUTRO 49.5% LINFO 42.0% PLAQ 282000 TSH 1.9 MICROALBUMINURIA 112.5 TODOS NORMALES SIN SINDROME ANEMICO SIN LEUCOCITOSIS NI NEUTROFILIA, EN EL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES CONSCIENTE ALERTA ORIENTADO, SIN SIGNOS DE SRIS NI DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, A FEBRIL, AL EXAMEN FÍSICO SIGNOS VITALES ESTABLES, CIFRAS TENSIONALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, SIN EDEMA EN EL MOMENTO DE MIEMBROS INFERIORES, CONSIDERO PERTINENTE DESCARTAR CARDIOPATIA POR LO QUE SOLICITO ECOCARDIOGRAMA, EXPLICO A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Diagnostico: Dx.Principal: T783-EDEMA ANGINEUROTOICO, Dx.Relacionado1: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Finalidad: Fuente de información: PACIENTE, Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

Conductas: Se envia:

RECOMENDACIONES - W10 473914 - Ago.23/2023

1. REALIZAR EJERCICIO CON FRECUENCIA, MINIMO 3 A 4 VECES POR SEMANA POR 30 MINUTOS
2. CONSUMO BAJO DE SAL, GRASAS, HARINAS, BUEN CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, AGUA Y FIBRA.
3. EVITAR EL CONSUMO DE CIGARRILLO, TABACO, LICOR, DROGAS PSICOACTIVAS. CONTROLAR EL ESTRES, TENSION O ANSIEDAD.
4. EN MUJERES AUTOEXAMEN DE SENO CADA MES, CITOLOGIA CADA AÑO EN MENORES DE 70AÑOS, MAMOGRAFIA CADA AÑO EN MAYORES DE 50 AÑOS
5. EN HOMBRES AUTOEXPLORACION TESTICULAR, EXAMEN DE PROSTATA CADA AÑO EN MAYORES DE 45 AÑOS
6. REVISION DE AGUDEZA VISUAL, REVISION ODONTOLOGICA.

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 109493 - Ago.23/2023

1. ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO, Cantidad: 1

Pagina: 2 de 2 Imprime: IVES	Medico: IVES ANDRES PEREA CARMONA	Firma <i>Juan Andres Perea C.</i> 1040183860.
Fecha Sistema: 23/08/2023 Hora: 9:20:55	Cedula: 1.040.183.860 Registro:	

Juliana Marcela Rodriguez

cc 1018343434

correo: marcejusta2227@gmail.com

cel: 3004964415

calle 17 Juan del corral 17-16.

CITAS MEDICAS CON ESPECIALISTAS

Fijo: 60(4) 5906901.

WhatsApp: 310 3831769 - 3187159640

Correo: agendate@lamaria.gov.co

Ecocardiograma

A-0021905212. Atenza.

OTROS SERVICIOS

Si desea realizar la solicitud de OTROS SERVICIOS, podrá hacerlo a través de la línea

Fijo: 60(4) 4447192

EXTENSIONES:

Si su cita es con cirugía es	159
Endoscopias	138
Ecocardiograma	116
Laboratorio	134
Radiología	132
Fisioterapia	212