



CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Nit. 890110705-5 Habilitacion: 080010025901

Direccion: CARRERA 51B # 86 - 48 Telefonos: 6053221622

RESOLUCION DIAN FACTURA ELECTRONICA No.18764063178964

DE 2024-01-02 AUTORIZACION DEL FEE 1 A FEE 1000 REGIMEN COMUN VALIDO HASTA 2025-01-01

Fecha Creación: 2/03/2024

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FEE483

DATOS DEL COMPRADOR O BENEFICIARIO			DATOS DEL PACIENTE		
Cliente:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA		Paciente:	LEIDERSON JOSE HIDALGO DE LA HOZ	
Nit:	901037916	CONTRATO: .	Identif:	MS VEN000501	
Direccion:	Calle 26 No 69-76 piso 17		Direccion:	CRA 9 No 15 05 ARRIBA	
Telefono:	(571)4322760		Telefonos:	Tel:3022125400 Cel:3022125400	
Ciudad:	BOGOTA D.C., BOGOTA		Parentesco:	COTIZANTE	
Fecha Vencimiento:	1/04/2024		Ingreso:	Egreso:	
Admision:	Elaborada Por: ELEANYS SUAREZ		Autorización:	Poliza:	

Codigo	Servicio	Fecha	Prestador	Cant.	Valor Unitario	Valor total
DERECHOS DE SALA						\$ 29.300,00
						\$ 29.300,00
39202	DERECHOS DE SALA PARA CURACIONES	2024-01-05	MARGARETH MUÑOZ OSPINA	1	\$ 29.300,00	\$ 29.300,00
DISPOSITIVOS MEDICOS						\$ 17.420,00
						\$ 17.420,00
2017DM0016015	VENDA ELASTICA 3X5	2024-01-05		2	\$ 7.400,00	\$ 14.800,00
2009DM0003120	VENDA DE ALGODON LAMINADO 3 X 5	2024-01-05		1	\$ 2.620,00	\$ 2.620,00
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS						\$ 69.700,00
						\$ 69.700,00
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEIO	2024-01-05	ARNOVIS_ COLINA ORTEGA	1	\$ 69.700,00	\$ 69.700,00

Copago: 0,00 C/Moderadora: 0,00 SUBTOTAL - DETALLE DE SERVICIOS PRESTADOS: 116.420,00

Son: Ciento dieciséis mil cuatrocientos veinte pesos M/L

CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA \$ 116.420

SUBTOTAL 116.420,00

Valor Descuento: 0,00

VALOR FACTURA: 116.420,00

DETALLE DEL PAGO

Valor Pagado: 0,00

SALDO A PAGAR: 116.420,00

ELEANYS SUAREZ CALLEJAS

Firma Del Facturador

CUFE: b4b6f7da1658f6f3c7f4f30095fd8b9e47b114e52ace848c2519b543f2f97418aaefbc72faf870ba0b7945d4932c365c

SOMOS AUTORETENEDORES DEL IMPUESTO CREE (DECRETO 1828 DE AGOSTO 27 DE 2013) FAVOR NO EFECTUAR RETENCION DE INDUSTRIA Y COMERCIO. ESTA FACTURA CAMBIARIA DE COMPRAVENTA, SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGUN ART.774 DEL CODIGO DE COMERCIO



SECTOR SALUD



CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Nit. 890110705-5 Habilitacion: 080010025901

Direccion: CARRERA 51B # 86 - 48 Telefonos: 6053221622

RESOLUCION DIAN FACTURA ELECTRONICA No.18764063178964

DE 2024-01-02 AUTORIZACION DEL FEE 1 A FEE 1000 REGIMEN COMUN VALIDO HASTA 2025-01-01

Fecha Creación: 2/03/2024

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FEE483

DATOS DEL COMPRADOR O BENEFICIARIO			DATOS DEL PACIENTE	
Cliente:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA		Paciente:	LEIDERSON JOSE HIDALGO DE LA HOZ
Nit:	901037916	CONTRATO:	Identif:	MS VEN000501
Direccion:	Calle 26 No 69-76 piso 17		Direccion:	CRA 9 No 15 05 ARRIBA
Telefono:	(571)4322760		Telefonos:	Tel:3022125400 Cel:3022125400
Ciudad:	BOGOTA D.C., BOGOTA		Parentesco:	COTIZANTE
Fecha Vencimiento:	1/04/2024		Ingreso:	Egreso:
Admision:	Elaborada Por: ELEANYS SUAREZ		Autorización:	Poliza:

Codigo	Servicio	Fecha	Prestador	Cant.	Valor Unitario	Valor total
CODIGO_PRESTADOR	080010025901		TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Menor sin identificacion		
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	VEN000501		PRIMER_APELLIDO	HIDALGO		
SEGUNDO_APELLIDO	DE LA HOZ		PRIMER_NOMBRE	LEIDERSON		
SEGUNDO_NOMBRE	JOSE		SEGUNDO_NOMBRE	Tomador/Amparado SOAT		
MODALIDAD_CONTRATACION	12		COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS	06		
NUMERO_CONTRATO	.		NUMERO_AUTORIZACION			
NUMERO_MIPRES			NUMERO_ENTREGA_MIPRES			
NUMERO_POLIZA			COPAGO	0		
CUOTA_MODERADORA	0		PAGOS_COMPARTIDOS	0		

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	LEIDERSON JOSE HIDALGO DE LA HOZ		Doc. Identidad:	MS VEN000501	
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2016-08-30	Edad:	7 años 3 meses y 22días
Dirección:	CRA 9 No 15 05 ARriba Lugar residencia: SUAN			Teléfono:	3022125400 3022125400
Responsable:			Teléfono Resp:		Parentesco:
Acompañante:			Teléfono Acom:		
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

ORDEN MEDICA

Edad:	7 años 3 meses y 22días	Fecha de atención:	2023-12-22 11:12:23 a. m.
--------------	-------------------------	---------------------------	---------------------------

INSTRUCCIONES MEDICAS

Otro

SE DA CITA CONTROL EN 15 DIAS CON RX DE MUÑECA DERECHA.

CAUSA EXTERNA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1:

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:

ARNOVIS_ COLINA ORTEGA

REGISTRO No. 082880

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	LEIDERSON JOSE HIDALGO DE LA HOZ		Doc. Identidad:	MS VEN000501	
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2016-08-30	Edad:	7 años 4 meses y 6 días
Dirección:	CRA 9 No 15 05 ARriba Lugar residencia: SUAN			Teléfono:	3022125400 3022125400
Responsable:			Teléfono Resp:		Parentesco:
Acompañante:			Teléfono Acom:		
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

LECTURA DE AYUDA DIAGNOSTICA

Edad:	7 años 4 meses y 6 días	Fecha de atención:	2024-01-05 12:50:00 p. m.
-------	-------------------------	--------------------	---------------------------

DETALLE**FECHA DE TOMA RX**

2024-01-05

PROTOCOLO**HALLAZGOS****ESTUDIO**

MUÑECA IZQUIERDO

SE PRACTICÓ EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA EN DOS PROYECCIONES COMPLEMENTARIAS.

A TRAVES DE FERULA DE YESO SE IDENTIFICA ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS FIJANDO FRACTURA EN CONSOLIDACION A NIVEL DE RADIO Y CUBITO DISTAL. ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS EN BUENA POSICION SIN SIGNOS DE COMPLICACIONES.
NO SE IDENTIFICARON OTRAS ALTERACIONES OSTEOPERIOSTICAS ARTICULARES NI DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

CAUSA EXTERNA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1:

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:

JAIME ANDRES FANDIÑO ROMERO

REGISTRO No. 68538.

RADIOLOGIA Y ULTRASONIDO

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	LEIDERSON JOSE HIDALGO DE LA HOZ			Doc. Identidad:	MS VEN000501		
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2016-08-30	Edad:	7 años 4 meses y 6 días		
Dirección:	CRA 9 No 15 05 ARRIBA Lugar residencia: SUAN				Teléfono:	3022125400 3022125400	
Responsable:	SILVIA SILVIA			Teléfono Resp:	3022125400	Parentesco:	3022125400
Acompañante:	SILVIA ARANGO			Teléfono Acom:	3022125400		
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL			Teléfono Aseg:			

EVOLUCION CONSULTA EXTERNA

Edad:	7 años 4 meses y 6 días	Fecha de atención:	2024-01-05 12:35:41 p. m.
-------	-------------------------	--------------------	---------------------------

MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA CITA CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE EN CITA CONTROL POR POP DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL IZQUIERDO (12/12/2023)

SINTOMAS DESCRITOS

SINTOMAS DESCRITOS SDI

REVISION POR SISTEMAS (Examen funcional)

CABEZA CLINICAMENTE NORMAL OIDOS CLINICAMENTE NORMAL BOCA CLINICAMENTE NORMAL CUELLO CLINICAMENTE NORMAL MAMAS CLINICAMENTE NORMAL GENITOURINARIOS CLINICAMENTE NORMAL VENEREOS CLINICAMENTE NORMAL LOCOMOTOR CLINICAMENTE NORMAL PIEL Y ANEXOS CLINICAMENTE NORMAL	OJOS CLINICAMENTE NORMAL NARIZ CLINICAMENTE NORMAL GARGANTA CLINICAMENTE NORMAL CARDIORESPIRATORIO CLINICAMENTE NORMAL GASTROINTESTINAL CLINICAMENTE NORMAL GINECO - OBSTETRICOS CLINICAMENTE NORMAL ENDOCRINO CLINICAMENTE NORMAL NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIATRICOS CLINICAMENTE NORMAL
---	--

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES SDI

EXAMEN FISICO

EXAMEN FISICO FERULA PINZA DE AZUCAR EN ANTEBRAZO IZQUIERDO EN MAL ESTADO, EXUDADO SEROSO EN ZONA DE CLAVOS, MOVILIDAD LIMITADA POR DOLOR, SENSIBILIDAD CONSERVADA, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS.

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO POP DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL IZQUIERDO (12/12/2023)

ANALISIS Y PLAN

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	LEIDERSON JOSE HIDALGO DE LA HOZ		Doc. Identidad:	MS VEN000501	
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2016-08-30	Edad:	7 años 4 meses y 6 días
Dirección:	CRA 9 No 15 05 ARriba Lugar residencia: SUAN			Teléfono:	3022125400 3022125400
Responsable:	SILVIA SILVIA		Teléfono Resp:	3022125400	Parentesco: 3022125400
Acompañante:	SILVIA ARANGO		Teléfono Acom:	3022125400	
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

ANALISIS Y PLAN

PACIENTE EN CITA CONTROL POR POP DE OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL IZQUIERDO (12/12/2023) AL EXAMEN FISICO FERULA PINZA DE AZUCAR EN ANTEBRAZO IZQUIERDO EN MAL ESTADO, EXUDADO SEROSO EN ZONA DE CLAVOS, MOVILIDAD LIMITADA POR DOLOR, SENSIBILIDAD CONSERVADA, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS. RX CONTROL EVIDENCIA FRACTURA EN CONSOLIDACION Y MATERIAL EN BUENA POSICION. SE ORDENA CURACION Y CAMBIO DE VENDAJE. SE PROGRAMA PARA RETIRO DE MATERIAL EN RADIO Y CUBITO DISTAL IZQUIERDO.

CAUSA EXTERNA:

02 - Accidente de transito

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

S526 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1:**DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:****DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:**

ARNOVIS COLINA. ORTEGA

REGISTRO No. 082880

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	LEIDERSON JOSE HIDALGO DE LA HOZ		Doc. Identidad:	MS VEN000501	
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2016-08-30	Edad:	7 años 4 meses y 6 días
Dirección:	CRA 9 No 15 05 ARRIBA Lugar residencia: SUAN			Teléfono:	3022125400 3022125400
Responsable:	SILVIA SILVIA		Teléfono Resp:	3022125400	Parentesco: 3022125400
Acompañante:	SILVIA ARANGO		Teléfono Acom:	3022125400	
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

NOTA DE ENFERMERIA AMBULATORIA

Edad:	7 años 4 meses y 6 días	Fecha de atención:	2024-01-05 12:37:03 p. m.
-------	-------------------------	--------------------	---------------------------

NOTA**ESTADO GENERAL DEL PACIENTE**

BUENO

PACIENTE EN COMPAÑIA DE

NO APLICA

DATOS DE LA ATENCION**ESTADO DE CONSCIENCIA**

CONSCIENTE

OBSERVACIONES

12:35 PM INGRESA A LA SALA DE PROCEDIMIENTO MASCULINO MENOR DE EDAD CONSCIENTE, ORIENTADO, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, PROCEDENTE DEL CONSULTORIO DONDE FUE VALORADO POR ORTOPEDIA PARA CURACIÓN DE CLAVOS Y CAMBIO DE VENDAJE EN MUÑECA IZQUIERDA. 12:45 PM SE UBICA EN CAMILLA CON GUANTES DE MANEJO SE LE RETIRA VENDAJE EN MAL ESTADO Y FERULA PINZA DE AZUCAR, SE OBSERVA CLAVOS CON EXUDADO SEROSO, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN, CON GUANTES ESTÉRIL SE LE REALIZA CURACIÓN DE CLAVOS CON ALCOHOL, SE CUBRE CON APÓSITOS IMPREGNADOS DE ISODINE SOLUCIÓN, 1 VENDAJE DE ALGODÓN 3*5, MISMA FÉRULA DE YESO QUE TRAJÓ EN BUEN ESTADO Y 2 VENDAJES ELÁSTICOS 3*5; TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. 01:20 AM EGRESA DEL SERVICIO MASCULINO MENOR DE EDAD CONSCIENTE, ORIENTADO, CON RECOMENDACIONES MÉDICAS A SEGUIR, SIGNOS DE ALARMA Y CITA CONTROL.

CAUSA EXTERNA:

02 - Accidente de tránsito

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

S526 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1:**DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:****DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:**

MARGARETH MUÑOZ OSPINA

REGISTRO No.

MEDICINA ESPECIALIZADA

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	LEIDERSON JOSE HIDALGO DE LA HOZ			Doc. Identidad:	MS VEN000501	
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2016-08-30	Edad:	7 años 4 meses y 6 días	
Dirección:	CRA 9 No 15 05 ARriba Lugar residencia: SUAN			Teléfono:	3022125400 3022125400	
Responsable:	SILVIA SILVIA			Teléfono Resp:	3022125400	Parentesco: 3022125400
Acompañante:	SILVIA ARANGO			Teléfono Acom:	3022125400	
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL			Teléfono Aseg:		

ORDEN MEDICA

Edad:	7 años 4 meses y 6 días	Fecha de atención:	2024-01-05 12:55:00 p. m.
-------	-------------------------	--------------------	---------------------------

INSTRUCCIONES MEDICAS**INSTRUCCIONES**

SE PROGRAMA PARA RETIRO DE MATERIAL EN RADIO Y CUBITO DISTAL IZQUIERDO.

11 DE ENERO DE 2024 A LAS 07:00 AM (INGRESAR POR URGENCIAS Y EN AYUNAS)

CAUSA EXTERNA:

02 - Accidente de transito

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

S526 FRACTURA DE LA EPIFISIS INFERIOR DEL CUBITO Y DEL RADIO

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1:**DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:****DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:****ARNOVIS COLINA. ORTEGA****REGISTRO No. 082880****ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA**

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	LEIDERSON JOSE HIDALGO DE LA HOZ		Doc. Identidad:	MS VEN000501	
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2016-08-30	Edad:	7 años 3 meses y 12 días
Dirección:	CRA 9 No 15 05 ARRIBA Lugar residencia: SUAN			Teléfono:	3022125400 3022125400
Responsable:	SILVIA SILVIA		Teléfono Resp:	3022125400	Parentesco: 3022125400
Acompañante:	SILVIA ARANGO		Teléfono Acom:	3022125400	
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

HISTORIA URGENCIA

Edad:	7 años 3 meses y 12 días	Fecha de atención:	2023-12-12 00:56:00 a. m.
--------------	--------------------------	---------------------------	---------------------------

TIPO TRIAGE

TRIAGE 2

DATOS CLINICOS GENERALES**MOTIVO DE LA CONSULTA** ACCIDENTE DE TRANSITO**EVOLUCION DE ENFERMEDAD ACTUAL** PACIENTE MASCULINO DE 7 AÑOS DE EDAD, REMITIDO DEL HOSPITAL DE SUAN CON CUADRO CLINICO DADO POR TRAUMA MUÑECA IZQUIERDA SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO OCURRIDO EL DIA AYER , CON DOLOR SEVERO, EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL. POR LO CUAL CONSULTA.**ANTECEDENTES FAMILIARES** NIEGA**ATENCION CLINICA****ESTADO DEL PACIENTE** CONCIENTE**ANTECEDENTES PERSONALES****HIPERTENSION ARTERIAL (HTA)** NO**MIGRAÑA** NO**DIABETES(DM)** NO**ENFERMEDAD CORONARIA** NO**ASMA** NO**ALERGIAS** NO**CONVULSIONES** NO**LITIASIS RENAL** NO**OTROS** NINGUNA**Antecedentes Quirúrgicos** NIEGA**MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE** NIEGA**REVISION POR SISTEMA (Examen Funcional)****Cabeza:** CLINICAMENTE NORMAL**Ojos:** CLINICAMENTE NORMAL**Oidos:** CLINICAMENTE NORMAL**Nariz:** CLINICAMENTE NORMAL

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	LEIDERSON JOSE HIDALGO DE LA HOZ			Doc. Identidad:	MS VEN000501	
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2016-08-30	Edad:	7 años 3 meses y 12 días	
Dirección:	CRA 9 No 15 05 ARRIBA Lugar residencia: SUAN			Teléfono:	3022125400 3022125400	
Responsable:	SILVIA SILVIA			Teléfono Resp:	3022125400	Parentesco: 3022125400
Acompañante:	SILVIA ARANGO			Teléfono Acom:	3022125400	
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL			Teléfono Aseg:		

Boca:	CLINICAMENTE NORMAL
Garganta:	CLINICAMENTE NORMAL
Cuello:	CLINICAMENTE NORMAL
Cardiorrespiratorio:	CLINICAMENTE NORMAL
Mamas:	CLINICAMENTE NORMAL
Gastrointestinal:	CLINICAMENTE NORMAL
Genitourinarios:	CLINICAMENTE NORMAL
Gineco - Obstetrico:	CLINICAMENTE NORMAL
Venereos:	CLINICAMENTE NORMAL
Endocrino:	CLINICAMENTE NORMAL
Locomotor:	DOLOR EN MUEÑCA IZQUIERDA
Neuromuscular y neuropsiquiátricos:	CLINICAMENTE NORMAL
Piel y Anexos:	CLINICAMENTE NORMAL

SIGNOS VITALES

T.A.	120/80
F.C.	75
F.R.	17
TEMPERATURA CORPORAL	36.5

EXAMEN FISICO

EXAMEN FISICO	ALERTA CONSCIENTE
CABEZA	CLINICAMENTE NORMAL
CUELLO	CLINICAMENTE NORMAL
TÓRAX	CLINICAMENTE NORMAL
ABDOMEN	CLINICAMENTE NORMAL
GENITOURINARIO	CLINICAMENTE NORMAL
PELVIS	CLINICAMENTE NORMAL

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	LEIDERSON JOSE HIDALGO DE LA HOZ		Doc. Identidad:	MS VEN000501	
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2016-08-30	Edad:	7 años 3 meses y 12 días
Dirección:	CRA 9 No 15 05 ARRIBA Lugar residencia: SUAN			Teléfono:	3022125400 3022125400
Responsable:	SILVIA SILVIA		Teléfono Resp:	3022125400	Parentesco: 3022125400
Acompañante:	SILVIA ARANGO		Teléfono Acom:	3022125400	
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

EXTREMIDADES

MUÑECA IZQUIERDA : SE APRECIA EDEMA SEVERO SIN SIGNOS DE SINDROME COMPARTIMENTAL, DEFORMIDAD, LIMITACION FUNCIONAL FLEXION Y RANGOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR,, NO ES POSIBLE VALORAR ESTABILIDAD DEBIDO A INTENSO DOLOR, SE VALORA NERVIO RADIAL CON EXTENSION MUÑECA Y DEDOS CONSERVADA ADEMAS NO EVIDENCIA MANO CAIDA, SENSIBILIDAD CONSERVADA, LLENADO CAPILAR MENOR DE 1 SEGUNDO.

SISTEMA NERVIOSO

CLINICAMENTE NORMAL

ORIGEN DE LA ENFERMEDAD

ENFERMEDAD GENERAL NO

SOLICITUD DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

AYUDA RX DE MUÑECA IZQUIERDA AP Y LATERAL

RESULTADO IMAGENOLOGIA

Tipo de examen RX DE MUÑECA IZQUIERDA AP Y LATERAL

Descripcion RX DE MUÑECA IZQUIERDA AP Y LATERAL FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL IZQUIERDO

ANALISIS Y PLAN

Nota PACIENTE MASCULINO DE 7 AÑOS DE EDAD , REMITIDO DEL HOSPITAL DE SUAN , CON CUADRO CLINICO DADO POR TRAUMA MUÑECA IZQUIERDA SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO OCURRIDO DEL DIA AYER , CON HALLAZGOS CLINICOS E IMAGENOLOGICOS DESCRITOS. POR PERSISTENCIA DEL DOLOR Y EDEMA , SE SOLICITA VALORACION POR ORTOPEDIA PARA DEFINIR CONDUCTA.
SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION SEGÚN LINEAMIENTOS DE SALUD SEGÚN LA OMS Y EL MINISTERIO DE SALUD DEBIDO A LA PANDEMIA EN LA CUAL NOS ENCONTRAMOS

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL IZQUIERDO

CERTIFICACIONES

CERTIFICACION CERTIFICO QUE SEGÚN LOS HALLAZGOS CLÍNICOS ENCONTRADOS SE DEDUCE QUE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE ACCIDENTE DE TRANSITO

CAUSA EXTERNA: 02 - Accidente de transito
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO
DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1:
DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:
DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:


Jilsander Gómez Moreno
MEDICO GENERAL
R.M. 1124064599

JILSANDER GOMEZ MORENO
REGISTRO No. 1124064599
MEDICINA GENERAL

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	LEIDERSON JOSE HIDALGO DE LA HOZ		Doc. Identidad:	MS VEN000501	
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2016-08-30	Edad:	7 años 3 meses y 12 días
Dirección:	CRA 9 No 15 05 ARRIBA Lugar residencia: SUAN			Teléfono:	3022125400 3022125400
Responsable:	SILVIA SILVIA		Teléfono Resp:	3022125400	Parentesco: 3022125400
Acompañante:	SILVIA ARANGO		Teléfono Acom:	3022125400	
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

INTERCONSULTA

Edad:	7 años 3 meses y 12 días	Fecha de atención:	2023-12-12 02:21:18 a. m.
--------------	--------------------------	---------------------------	---------------------------

INTERCONSULTA**DESCRIPCION DE LA INTERCONSULTA**

VALORACIÓN POR ORTOPEDIA:
PACIENTE MASCULINO DE 7 AÑOS, QUIEN ACUDE AL SERVICIO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONÓ TRAUMATISMO A NIVEL DE MUÑECA IZQUIERDA POSTERIOR A ESTO PRESENTO DOLOR, EDEMA Y LIMITACIÓN FUNCIONAL; AL EXAMEN FÍSICO PRESENTA MUÑECA IZQUIERDA : SE APRECIA EDEMA SEVERO SIN SIGNOS DE SINDROME COMPARTIMENTAL, DEFORMIDAD, LIMITACION FUNCIONAL FLEXION Y RANGOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR,, NO ES POSIBLE VALORAR ESTABILIDAD DEBIDO A INTENSO DOLOR, SE VALORA NERVIOS RADIAL CON EXTENSION MUÑECA Y DEDOS CONSERVADA ADEMAS NO EVIDENCIA MANO CAIDA, SENSIBILIDAD CONSERVADA, LLENADO CAPILAR MENOR DE 1 SEGUNDO.

ANALISIS:
PACIENTE MASCULINO DE 7 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE AL SERVICIO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONÓ TRAUMATISMO A NIVEL DE MUÑECA IZQUIERDA CON HALLAZGOS CLINICOS DESCRITOS, QUIEN SE LE REALIZA RX EL CUAL SE EVIDENCIA LESIÓN OSEA AGUDA DADO POR FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL IZQUIERDO SS/
INMOVILIZAR CON FERULA ANTEBRAQUIALSS PREQUIRURGICOS INICIALES PARA EVALUAR ESTADO METABOLICO SE ORDENA HOSPITALIZAR CON ORDENES MEDICAS PARA MANEJO DEL DOLOR, VIGILANCIA CLÍNICA, MEJORÍA DE TEJIDOS BLANDOS PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO .

DX.FRACTURA DE RADIO Y CUBITO DISTAL IZQUIERDO

Plan de salida

PLAN.
SE HOSPITALIZA PACIENTE CON ORDENES MEDICAS
DIETA HIPOSODICA HIPOGLUCIDO
SSN 0.9% 30 CC/HORA.
DIPIRONA 345 MG IV CADA 6 HORAS
SS CUADRO HEMATICO, TP Y TPT
TRASLADAR A SALA DE YESO E INMOVILIZAR
VIGILAR NEUROVASCULAR DISTAL
SEGUIMIENTO ORTOPEDIA
CSV AC

SALA DE PROCEDIMIENTOS**Sala de Yeso**

SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE YESO, SE COLOCA EN DECUBITO SUPINO, SE LE EXPLICA EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR. CON VENDAJE DE ALGODÓN LAMINADO SE PROCEDEN A PROTEGER ZONAS DE PRESION Y PROMINENCIAS OSEAS, POSTERIORMENTE CON VENDAS DE YESO PREVIAMENTE HUMEDECIDAS Y ESCURRIDAS SE INMOVILIZA CON CABESTRILLO Y FERULA DE YESO ANTEBRAQUIAL EN MUÑECA IZQUIERDA PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO, NO COMPLICACIONES.

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

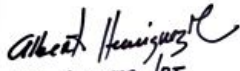
Paciente:	LEIDERSON JOSE HIDALGO DE LA HOZ		Doc. Identidad:	MS VEN000501	
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2016-08-30	Edad:	7 años 3 meses y 12 días
Dirección:	CRA 9 No 15 05 ARRIBA Lugar residencia: SUAN			Teléfono:	3022125400 3022125400
Responsable:	SILVIA SILVIA		Teléfono Resp:	3022125400	Parentesco: 3022125400
Acompañante:	SILVIA ARANGO		Teléfono Acom:	3022125400	
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

CAUSA EXTERNA:

02 - Accidente de transito

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1:**DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:****DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:**
RC 11-12983/85

ALBERTO_ HENRIQUEZ MENDOZA

REGISTRO No. 1112983

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	LEIDERSON JOSE HIDALGO DE LA HOZ		Doc. Identidad:	MS VEN000501	
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2016-08-30	Edad:	7 años 3 meses y 12 días
Dirección:	CRA 9 No 15 05 ARriba Lugar residencia: SUAN			Teléfono:	3022125400 3022125400
Responsable:	SILVIA SILVIA		Teléfono Resp:	3022125400	Parentesco: 3022125400
Acompañante:	SILVIA ARANGO		Teléfono Acom:	3022125400	
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

DESCRIPCION QUIRURGICA

Edad:	7 años 3 meses y 12 días	Fecha de atención:	2023-12-12 09:45:59 a. m.
--------------	--------------------------	---------------------------	---------------------------

TIPO DE CIRUGIA

Tipo de cirugía Urgencias

PERSONAL PRESENTE

Cirujano1 arnovis colina
Cirujano 2 .
Ayudante 1 oscar robles
Ayudante 2 .
Instrumentador(a) 1 alberto araujo
Instrumentador(a) 2 .
Anestesiólogo alberto araujo
Circulantes leidis morales
Otro .

DATOS DE LA CIRUGIA

HORA INICIO (HH:MM) 8:30 am
Tipo de anestesia -
Sangrado -
Transfusión NO
Cantidad de sangre -
Tiempo de cirugía (MIN) 70 minutos
Diagnósticos 1. Fractura de radio y cubito distal izquierdo
Tratamiento quirurgico osteosintesis de fractura de radio y cubito distal izquierdo

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	LEIDERSON JOSE HIDALGO DE LA HOZ		Doc. Identidad:	MS VEN000501	
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2016-08-30	Edad:	7 años 3 meses y 12 días
Dirección:	CRA 9 No 15 05 ARriba Lugar residencia: SUAN			Teléfono:	3022125400 3022125400
Responsable:	SILVIA SILVIA		Teléfono Resp:	3022125400	Parentesco: 3022125400
Acompañante:	SILVIA ARANGO		Teléfono Acom:	3022125400	
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

Descripción de la cirugía

HALLAZGOS

Fractura inestable de radio y cubito distal

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA

Bajo anestesia

Antibiótico profiláctico

Previa asepsia y antisepsia

Decúbito supino

Se realiza según técnica reducción de fractura de radio distal con posterior osteosíntesis con uso de dos clavo de kirschner de 1,6 mm

Se realiza según técnica reducción de fractura de cubito distal con posterior osteosíntesis con uso de un clavo de kirschner 1,6 mm

Se deja inmovilización con férula de yeso antebraquial tipo pinza de azúcar

Durante procedimiento se usa ayuda de intensificador de imágenes para reducción y verificar material de osteosíntesis.

Complicaciones: No

**Material de osteosíntesis
(descrip-cant)**

tres clavo de kirschner de 1,6 mm

CAUSA EXTERNA:

02 - Accidente de transito

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1:**DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:****DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:**

ARNOVIS_ COLINA ORTEGA

REGISTRO No. 082880

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA



**CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGIA S.A.**

**CARRERA 51B No 86 – 48 TELEFONOS PBX 3780050 – 3573755
BARRANQUILLA – COLOMBIA**

**CERTIFICADO DE ATENCION MEDICA PARA VICTIMAS DE ACCIDENTES DE
TRANSITO EXPEDIDO POR LA IPS**

El suscrito, médico de la institución prestadora de servicios, ARNOVIS COLINA ORTEGA. Con domicilio en CARRERA 51 B No. 86 - 48. Ciudad BARRANQUILLA.

CERTIFICA que por los hallazgos clínicos se deduce que los daños físicos y lesiones sufridas por él señor(a) HIDALGO DE LA HOZ LEIDERSON JOSE, identificado con MS N° VEN000501, fueron causadas por **ACCIDENTE DE TRÁNSITO** ocurrido el día 11 del mes 12 el año 2023 a las 18:40 en la vía/sitio CALLE 15 CARRERA 9 en el municipio de SUAN.

Relato breve de los hechos: PEATON ARROLLADO POR MOTOCICLETA EN VIA PUBLICA
RESULTA LESIONADO DANDOSE EL CONDUCTOR A LA HUIDA

ARNOVIS COLINA ORTEGA

Nombre del Profesional de la Salud

Firma y sello

082880

Registro Medico

8486316

Documento de Identidad

CONSTANCIA DE ATENCION

PACIENTE: LEIDERSON JOSE HIDALGO DE LA HOZ FACTURA: FEE483

HISTORIA CLINICA: MS VEN000501

FECHA DE INGRESO: 05 ENERO 2024 FECHA DE EGRESO: 05 ENERO 2024

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: ADRES

Por medio del presente documento, doy constancia expresa de haber recibido a entera satisfacción con calidad los servicios prestados por la CLINICA DE FRACTURAS CENTRO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, dentro del período aquí consignado con fecha de ingreso y egreso de este centro asistencial; por consiguiente, este documento hace parte integral de la factura y/o facturas que se generen como producto de mi atención asistencial.

Lo anterior de conformidad al Decreto 4747 de 10/Dic./2007

FIRMA USUARIO (A) o
ACUDIENTE:

Sofia Arango R

No. De identificación: 22696428

