



# 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: 29/02/2024

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FEE438

DATOS DEL COMPRADOR O BENEFICIARIO			DATOS DEL PACIENTE	
<b>Cliente:</b>	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA		<b>Paciente:</b>	LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO
<b>Nit:</b>	901037916	<b>CONTRATO:</b>	<b>Identif:</b>	RC 1046346729
<b>Direccion:</b>	Calle 26 No 69-76 piso 17		<b>Direccion:</b>	CALLE 2 No 2 30 CGTO ALGODONAL
<b>Telefono:</b>	(571)4322760		<b>Telefonos:</b>	Tel:3011942202 Cel:3011942202
<b>Ciudad:</b>	BOGOTA D.C., BOGOTA		<b>Parentesco:</b>	COTIZANTE
<b>Fecha Vencimiento:</b>	30/03/2024		<b>Ingreso:</b>	<b>Egreso:</b>
<b>Admision:</b>	CE350481	<b>Elaborada Por:</b>	ELEANYS SUAREZ	<b>Autorización:</b> <b>Poliza:</b>

Codigo	Servicio	Fecha	Prestador	Cant.	Valor Unitario	Valor total
<b>CONSULTAS</b>						<b>\$ 71.500,00</b>
						<b>\$ 71.500,00</b>
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2024-01-17	ALBERTO_ HENRIQUEZ MENDOZA	1	\$ 71.500,00	\$ 71.500,00
<b>PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICOS</b>						<b>\$ 69.700,00</b>
						<b>\$ 69.700,00</b>
21101	MANO, DEDOS, PUÑO (MUÑECA), CODO, PIE, CLAVICULA, ANTEBRAZO, CUELLO DE PIE (TOBILLO), EDAD OSEA (CARPOGRAMA), CALCANEOS	2024-01-17		1	\$ 69.700,00	\$ 69.700,00

**Copago:** 0,00 **C/Moderadora:** 0,00 **SUBTOTAL - DETALLE DE SERVICIOS PRESTADOS:** 141.200,00

Son: Ciento cuarenta y un mil doscientos pesos M/L

## CONDICIONES DE PAGO

CREDITO EMPRESA \$ 141.200

**SUBTOTAL** 141.200,00

**Valor Descuento:** 0,00

**VALOR FACTURA:** 141.200,00

## DETALLE DEL PAGO

**Valor Pagado:** 0,00

**SALDO A PAGAR:** 141.200,00

ELEANYS SUAREZ CALLEJAS

Firma Del Facturador

**CUFE:** 15d42c8c3b8f6122152323258ad4194d70c703d6e1ed81a2ae7a585f7e6af4eb989907ad5f6315919c7a5f7fadf89978

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: 29/02/2024

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FEE438

DATOS DEL COMPRADOR O BENEFICIARIO			DATOS DEL PACIENTE	
<b>Cliente:</b>	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA		<b>Paciente:</b>	LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO
<b>Nit:</b>	901037916	<b>CONTRATO:</b>	<b>Identif:</b>	RC 1046346729
<b>Direccion:</b>	Calle 26 No 69-76 piso 17		<b>Direccion:</b>	CALLE 2 No 2 30 CGTO ALGODONAL
<b>Telefono:</b>	(571)4322760		<b>Telefonos:</b>	Tel:3011942202 Cel:3011942202
<b>Ciudad:</b>	BOGOTA D.C., BOGOTA		<b>Parentesco:</b>	COTIZANTE
<b>Fecha Vencimiento:</b>	30/03/2024		<b>Ingreso:</b>	<b>Egreso:</b>
<b>Admision:</b>	CE350481	<b>Elaborada Por:</b>	ELEANYS SUAREZ	<b>Autorización:</b> <b>Poliza:</b>

Codigo	Servicio	Fecha	Prestador	Cant.	Valor Unitario	Valor total
CODIGO_PRESTADOR	080010025901		TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	Registro Civil		
NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION	1046346729		PRIMER_APELLIDO	GARCIA		
SEGUNDO_APELLIDO	CARREÑO		PRIMER_NOMBRE	LUISFER		
SEGUNDO_NOMBRE	DAVID		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.**

<b>Paciente:</b>	LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO		<b>Doc. Identidad:</b>	RC 1046346729	
<b>Sexo:</b>	M	<b>Fecha Nacimiento:</b>	2017-08-16	<b>Edad:</b>	6 años 2 meses y 26 días
<b>Dirección:</b>	CALLE 2 No 2 30 CGTO ALGODONAL Lugar residencia: BARRANQUILLA			<b>Teléfono:</b>	3011942202 3011942202
<b>Responsable:</b>			<b>Teléfono Resp:</b>		<b>Parentesco:</b>
<b>Acompañante:</b>			<b>Teléfono Acom:</b>		
<b>Aseguradora:</b>	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		<b>Teléfono Aseg:</b>		

**ORDEN MEDICA**

<b>Edad:</b>	6 años 2 meses y 26 días	<b>Fecha de atención:</b>	2023-11-11 12:33:23 p. m.
--------------	--------------------------	---------------------------	---------------------------

**INSTRUCCIONES MEDICAS**

**Otro** CITA CONTROL DENTRO DE 7 DIAS POR CONSULTA EXTERNA CON RX CONTROL DE ANTEBRAZO IZQUIERDO LLAMAR AL3221622

**CAUSA EXTERNA:** 02 - Accidente de transito  
**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:** S524 FRACTURA DE LA DIAFISIS 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:	LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO		Doc. Identidad:	RC 1046346729	
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2017-08-16	Edad:	6 años 5 meses y 1 día
Dirección:	CALLE 2 No 2 30 CGTO ALGODONAL Lugar residencia: BARRANQUILLA			Teléfono:	3011942202 3011942202
Responsable:			Teléfono Resp:		Parentesco:
Acompañante:			Teléfono Acom:		
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

**EVOLUCION CONSULTA EXTERNA**

Edad:	6 años 5 meses y 1 día	Fecha de atención:	2024-01-17 14:51:09 p. m.
-------	------------------------	--------------------	---------------------------

**MOTIVO DE CONSULTA**

MOTIVO DE CONSULTA CITA CONTROL

**ENFERMEDAD ACTUAL**

ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE EN CITA CONTROL POR POP RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN RADIO Y CUBITO IZQUIERDO (28/12/2024)

**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, DOLOR Y EDEMA LEVE EN ANTEBRAZO IZQUIERDO, EXUDADO SEROSO EN HERIDA QUIRURGICA, MOVILIDAD LIMITADA POR DOLOR, SENSIBILIDAD CONSERVADA, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS.

**DIAGNOSTICO**

DIAGNOSTICO POP DE REDUCCION MAS OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE DIAFISIS DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDO (11/11/23)

**ANALISIS Y PLAN**

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

<b>Paciente:</b>	LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO			<b>Doc. Identidad:</b>	RC 1046346729	
<b>Sexo:</b>	M	<b>Fecha Nacimiento:</b>	2017-08-16	<b>Edad:</b>	6 años 5 meses y 1 día	
<b>Dirección:</b>	CALLE 2 No 2 30 CGTO ALGODONAL Lugar residencia: BARRANQUILLA				<b>Teléfono:</b>	3011942202 3011942202
<b>Responsable:</b>				<b>Teléfono Resp:</b>		<b>Parentesco:</b>
<b>Acompañante:</b>				<b>Teléfono Acom:</b>		
<b>Aseguradora:</b>	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL			<b>Teléfono Aseg:</b>		

**ANALISIS Y PLAN**

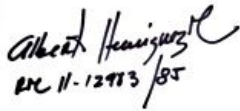
PACIENTE EN CITA CONTROL POR POP DE REDUCCION MAS OSTEOSINTESIS DE FRACTURA DE DIAFISIS DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDO (11/11/23) AL EXAMEN FISICO FERULA PINZA DE AZUCAR EN ANTEBRAZO IZQUIERDO, DOLOR Y EDEMA LEVE EN ANTEBRAZO IZQUIERDO, EXUDADO SEROSO EN HERIDA QUIRURGICA, MOVILIDAD LIMITADA POR DOLOR, SENSIBILIDAD CONSERVADA, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS. RX CONTROL EVIDENCIA FRACTURA EN CONSOLIDACION. SE ORDENA RETIRO DE SUTURA. SE INDICA MOVILIDAD. SE DA CITA CONTROL EN 4 SEMANAS CON RX DE ANTEBRAZO IZQUIERDO.

**CAUSA EXTERNA:**

02 - Accidente de transito

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:**

S524 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

**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:	LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO			Doc. Identidad:	RC 1046346729	
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2017-08-16	Edad:	6 años 5 meses y 1 día	
Dirección:	CALLE 2 No 2 30 CGTO ALGODONAL Lugar residencia: BARRANQUILLA				Teléfono:	3011942202 3011942202
Responsable:				Teléfono Resp:		Parentesco:
Acompañante:				Teléfono Acom:		
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL			Teléfono Aseg:		

**ORDEN MEDICA**

Edad:	6 años 5 meses y 1 día	Fecha de atención:	2024-01-17 14:57:18 p. m.
-------	------------------------	--------------------	---------------------------

**INSTRUCCIONES MEDICAS****INSTRUCCIONES**

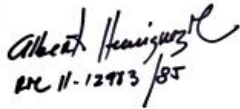
SE DA CITA CONTROL EN 4 SEMANAS CON RX DE ANTEBRAZO IZQUIERDO.

**CAUSA EXTERNA:**

02 - Accidente de transito

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:**

S524 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

**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:	LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO		Doc. Identidad:	RC 1046346729	
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2017-08-16	Edad:	6 años 5 meses y 1 día
Dirección:	CALLE 2 No 2 30 CGTO ALGODONAL Lugar residencia: BARRANQUILLA			Teléfono:	3011942202 3011942202
Responsable:			Teléfono Resp:		Parentesco:
Acompañante:			Teléfono Acom:		
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

**LECTURA DE AYUDA DIAGNOSTICA**

Edad:	6 años 5 meses y 1 día	Fecha de atención:	2024-01-17 15:06:00 p. m.
-------	------------------------	--------------------	---------------------------

**DETALLE****FECHA DE TOMA RX**

2024-01-17

**ESTUDIO**

ANTEBRAZO IZQUIERDO

**PROTOCOLO**

SE PRACTICÓ EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA EN DOS PROYECCIONES COMPLEMENTARIAS.

**HALLAZGOS**

A TRAVES DE FERULA DE YESO SE IDENTIFICA FRACTURA EN CONSOLIDACION A NIVEL DE DIAFISIS DE RADIO Y CUBITO.  
LAS RELACIONES ARTICULARES SE ENCUENTRAN CONSERVADAS.  
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.**

<b>Paciente:</b>	LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO		<b>Doc. Identidad:</b>	RC 1046346729	
<b>Sexo:</b>	M	<b>Fecha Nacimiento:</b>	2017-08-16	<b>Edad:</b>	6 años 2 meses y 25días
<b>Dirección:</b>	CALLE 2 No 2 30 CGTO ALGODONAL Lugar residencia: BARRANQUILLA			<b>Teléfono:</b>	3011942202 3011942202
<b>Responsable:</b>			<b>Teléfono Resp:</b>		<b>Parentesco:</b>
<b>Acompañante:</b>			<b>Teléfono Acom:</b>		
<b>Aseguradora:</b>	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		<b>Teléfono Aseg:</b>		

**HISTORIA URGENCIA**

<b>Edad:</b>	6 años 2 meses y 25días	<b>Fecha de atención:</b>	2023-11-10 19:37:09 p. m.
--------------	-------------------------	---------------------------	---------------------------

**TIPO TRIAGE**

TRIAGE 2

**DATOS CLINICOS GENERALES****MOTIVO DE LA CONSULTA** ACCIDENTE DE TRANSITO REMITIDO DE LA E.S.E HOSPITAL DE SANTA LUCIA**EVOLUCION DE ENFERMEDAD ACTUAL** PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS DE EDAD, CON CUADRO CLINICO DADO POR TRAUMA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO, 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.**

<b>Paciente:</b>	LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO			<b>Doc. Identidad:</b>	RC 1046346729	
<b>Sexo:</b>	M	<b>Fecha Nacimiento:</b>	2017-08-16	<b>Edad:</b>	6 años 2 meses y 25 días	
<b>Dirección:</b>	CALLE 2 No 2 30 CGTO ALGODONAL Lugar residencia: BARRANQUILLA				<b>Teléfono:</b>	3011942202 3011942202
<b>Responsable:</b>				<b>Teléfono Resp:</b>		<b>Parentesco:</b>
<b>Acompañante:</b>				<b>Teléfono Acom:</b>		
<b>Aseguradora:</b>	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL			<b>Teléfono Aseg:</b>		

<b>Boca:</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>Garganta:</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>Cuello:</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>Cardiorrespiratorio:</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>Mamas:</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>Gastrointestinal:</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>Genitourinarios:</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>Gineco - Obstetrico:</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>Venereos:</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>Endocrino:</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>Locomotor:</b>	DOLOR EN ANTEBRAZO IZQUIERDO
<b>Neuromuscular y neuropsiquiátricos:</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>Piel y Anexos:</b>	CLINICAMENTE NORMAL

**SIGNOS VITALES**

<b>T.A.</b>	100/60
<b>F.C.</b>	90
<b>PESO</b>	15
<b>F.R.</b>	19
<b>TEMPERATURA CORPORAL</b>	36

**EXAMEN FISICO**

<b>EXAMEN FISICO</b>	CONSCIENTE, ALGICO
<b>CABEZA</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>CUELLO</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>TÓRAX</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>ABDOMEN</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>GENITOURINARIO</b>	CLINICAMENTE NORMAL

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

Paciente:	LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO		Doc. Identidad:	RC 1046346729	
Sexo:	M	Fecha Nacimiento:	2017-08-16	Edad:	6 años 2 meses y 25 días
Dirección:	CALLE 2 No 2 30 CGTO ALGODONAL Lugar residencia: BARRANQUILLA			Teléfono:	3011942202 3011942202
Responsable:			Teléfono Resp:		Parentesco:
Acompañante:			Teléfono Acom:		
Aseguradora:	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		Teléfono Aseg:		

**PELVIS** CLINICAMENTE NORMAL

**EXTREMIDADES** ANTEBRAZO IZQUIERDO: EDEMA MODERADO , DOLOR 9/10 A LA PALPACION DE ANTEBRAZO IZQUIERDO, DEFORMIDAD, LIMITACION FUNCIONAL, LIMITACION DE PRONOSUPINACION, LLENADO CAPILAR MENOR DE 1 SEGUNDO, SENSITIVO ADECUADO.

**SISTEMA NERVIOSO** CLINICAMENTE NORMAL

**ORIGEN DE LA ENFERMEDAD**

**ENFERMEDAD GENERAL** NO

**SOLICITUD DE AYUDAS DIAGNOSTICAS**

**AYUDA** SS RX DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

**RESULTADO IMAGENOLOGIA**

**Tipo de examen** RX DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

**Descripcion** RX DE ANTEBRAZO IZQUIERDO SE EVIDENCIA FRACTURA DE DIAFISIS DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDO

**ANALISIS Y PLAN**

**Nota** PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DADO POR TRAUMA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO, 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 DIAFISIS DE RADIO Y CUBITO 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:** S524 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO  
**DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1:**  
**DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:**  
**DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:**



Adolfo Pompeyo Arteta Consuegra  
Medico General  
1045751113

**ADOLFO POMPEYO ARTETA CONSUEGRA**

**REGISTRO No. 1045751113**

**MEDICINA GENERAL**

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

<b>Paciente:</b>	LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO		<b>Doc. Identidad:</b>	RC 1046346729	
<b>Sexo:</b>	M	<b>Fecha Nacimiento:</b>	2017-08-16	<b>Edad:</b>	6 años 2 meses y 25 días
<b>Dirección:</b>	CALLE 2 No 2 30 CGTO ALGODONAL Lugar residencia: BARRANQUILLA			<b>Teléfono:</b>	3011942202 3011942202
<b>Responsable:</b>			<b>Teléfono Resp:</b>		<b>Parentesco:</b>
<b>Acompañante:</b>			<b>Teléfono Acom:</b>		
<b>Aseguradora:</b>	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		<b>Teléfono Aseg:</b>		

**INTERCONSULTA**

<b>Edad:</b>	6 años 2 meses y 25 días	<b>Fecha de atención:</b>	2023-11-10 20:14:51 p. m.
--------------	--------------------------	---------------------------	---------------------------

**INTERCONSULTA****DESCRIPCION DE LA INTERCONSULTA****VALORACIÓN POR ORTOPEDIA:**

PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS, QUIEN ACUDE AL SERVICIO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONÓ TRAUMATISMO A NIVEL DE ANTEBRAZO IZQUIERDO POSTERIOR A ESTO PRESENTO DOLOR, EDEMA Y LIMITACIÓN FUNCIONAL; AL EXAMEN FÍSICO PRESENTA ANTEBRAZO IZQUIERDO: EDEMA MODERADO, DOLOR 9/10 A LA PALPACION DE ANTEBRAZO IZQUIERDO, DEFORMIDAD, LIMITACION FUNCIONAL, LIMITACION DE PRONOSUPINACION, LLENADO CAPILAR MENOR DE 1 SEGUNDO, SENSITIVO ADECUADO.

**ANALISIS:**

PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE AL SERVICIO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONÓ TRAUMATISMO A NIVEL DE ANTEBRAZO IZQUIERDO CON HALLAZGOS CLINICOS DESCRITOS, QUIEN SE LE REALIZA RX EL CUAL SE EVIDENCIA LESIÓN OSEA AGUDA DADO POR FRACTURA DE DIAFISIS DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDO; CONSIDERANDO LO ANTERIOR SE DECIDE HOSPITALIZAR PARA MANEJO DEL DOLOR, VIGILANCIA CLÍNICA, MEJORÍA DE TEJIDOS BLANDOS PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE OSTEOSINTESIS, SE SOLICITAN LABORATORIOS PARA VALORAR RIESGO PREQUIRURGICO, SE ORDENA INMOVILIZAR CON FERULA TIPO PINZA DE AZUCAR EN ANTEBRAZO IZQUIERDO. MADRE DEL PACIENTE (MARIA CARREÑO 1140905012) INFORMADA QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**DX.**

FRACTURA DE DIAFISIS DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDO

**PLAN.**

SE HOSPITALIZA PACIENTE CON ORDENES MEDICAS  
DIETA HIPOSODICA HIPOGLUCIDO  
SSN 0.9% 60 CC/HORA.  
DIPIRONA 225 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 FERULA DE YESO TIPO PINZA DE AZUCAR MAS CABESTRILLO EN ANTEBRAZO IZQUIERDO. PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO, NO COMPLICACIONES.

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

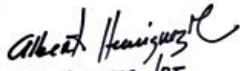
<b>Paciente:</b>	LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO		<b>Doc. Identidad:</b>	RC 1046346729	
<b>Sexo:</b>	M	<b>Fecha Nacimiento:</b>	2017-08-16	<b>Edad:</b>	6 años 2 meses y 25 días
<b>Dirección:</b>	CALLE 2 No 2 30 CGTO ALGODONAL Lugar residencia: BARRANQUILLA			<b>Teléfono:</b>	3011942202 3011942202
<b>Responsable:</b>			<b>Teléfono Resp:</b>		<b>Parentesco:</b>
<b>Acompañante:</b>			<b>Teléfono Acom:</b>		
<b>Aseguradora:</b>	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		<b>Teléfono Aseg:</b>		

**CAUSA EXTERNA:**

02 - Accidente de transito

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:**

S524 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

**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.**

<b>Paciente:</b>	LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO		<b>Doc. Identidad:</b>	RC 1046346729	
<b>Sexo:</b>	M	<b>Fecha Nacimiento:</b>	2017-08-16	<b>Edad:</b>	6 años 2 meses y 26 días
<b>Dirección:</b>	CALLE 2 No 2 30 CGTO ALGODONAL Lugar residencia: BARRANQUILLA			<b>Teléfono:</b>	3011942202 3011942202
<b>Responsable:</b>			<b>Teléfono Resp:</b>		<b>Parentesco:</b>
<b>Acompañante:</b>			<b>Teléfono Acom:</b>		
<b>Aseguradora:</b>	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		<b>Teléfono Aseg:</b>		

**EVOLUCION CLINICA**

<b>Edad:</b>	6 años 2 meses y 26 días	<b>Fecha de atención:</b>	2023-11-11 08:30:35 a. m.
--------------	--------------------------	---------------------------	---------------------------

**DIAGNOSTICO**

**Diagnóstico** FRACTURA DE DIAFISIS DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDO

**SINTOMAS DESCRITOS**

**Detalle** MADRE REFIERE MEJORIA DE DOLOR AL NIVEL DE ANTEBRAZO IZQUIERDO

**EXAMEN FISICO**

<b>EXAMEN FISICO</b>	CONSCIENTE, ALERTA. SIGNOS VITALES TA: 120/80MMHG FC: 78LXMIN FR: 18RPM T: 36.7°C
<b>CABEZA</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>CUELLO</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>TÓRAX</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>ABDOMEN</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>GENITOURINARIO</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>PELVIS</b>	CLINICAMENTE NORMAL
<b>EXTREMIDADES</b>	ANTEBRAZO IZQUIERDO CON FERULA DE YESO ANTEBRAQUIAL IZQUIERDO CON CABESTRILLO ARCOS DE MOVILIDAD AL NIVEL DE DEDOS DE MANO IZQUIERDA PRESENTE LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
<b>SISTEMA NERVIOSO</b>	CLINICAMENTE NORMAL

**ANALISIS Y PLAN**

<b>Nota</b>	<p>PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS CON DX ANOTADOS AL EXAMEN FISICO ANTEBRAZO IZQUIERDO CON FERULA DE YESO ANTEBRAQUIAL IZQUIERDO CON CABESTRILLO ARCOS DE MOVILIDAD AL NIVEL DE DEDOS DE MANO IZQUIERDA PRESENTE LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS. REPORTE DE LABORATORIOS SOLICITADOS A SU INGRESO HB; 14.2, HTO; 43.7, LEUCOCIT; 10.400, PLAQUETAS; 446.000, TP; 9.5, PTT; 20.0, SE VALORA RADIOGRAFIA QUE MUESTRA FRACTURA DE DIAFISIS DE RADIO Y CUBITO QUE AMERITAN REDUCCIN MAS OSTEOSINTESIS POR LO ANTERIOR SE CONSIDERA PREPARAR PARA CIRUGIA Y TRASLADO A QUIROFANO AL LLAMADO PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR PROCEDIMIENTO A REALIZAR Y RIESGOS QUIRURGICOS. QUIEN ACEPTA Y REFIERE ENTENDER.</p> <p>NVO PREPARAR PARA CIRUGIA TRASLADO A QUIROFANO AL LLAMADO SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA CSV-AC.</p>
-------------	---

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

<b>Paciente:</b>	LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO		<b>Doc. Identidad:</b>	RC 1046346729	
<b>Sexo:</b>	M	<b>Fecha Nacimiento:</b>	2017-08-16	<b>Edad:</b>	6 años 2 meses y 26 días
<b>Dirección:</b>	CALLE 2 No 2 30 CGTO ALGODONAL Lugar residencia: BARRANQUILLA			<b>Teléfono:</b>	3011942202 3011942202
<b>Responsable:</b>			<b>Teléfono Resp:</b>		<b>Parentesco:</b>
<b>Acompañante:</b>			<b>Teléfono Acom:</b>		
<b>Aseguradora:</b>	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		<b>Teléfono Aseg:</b>		

**CAUSA EXTERNA:**

02 - Accidente de transito

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:**

S524 FRACTURA DE LA DIAFISIS 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.**

<b>Paciente:</b>	LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO		<b>Doc. Identidad:</b>	RC 1046346729	
<b>Sexo:</b>	M	<b>Fecha Nacimiento:</b>	2017-08-16	<b>Edad:</b>	6 años 2 meses y 26 días
<b>Dirección:</b>	CALLE 2 No 2 30 CGTO ALGODONAL Lugar residencia: BARRANQUILLA			<b>Teléfono:</b>	3011942202 3011942202
<b>Responsable:</b>			<b>Teléfono Resp:</b>		<b>Parentesco:</b>
<b>Acompañante:</b>			<b>Teléfono Acom:</b>		
<b>Aseguradora:</b>	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL		<b>Teléfono Aseg:</b>		

**DESCRIPCION QUIRURGICA**

<b>Edad:</b>	6 años 2 meses y 26 días	<b>Fecha de atención:</b>	2023-11-11 10:05:25 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 liz jimenez

Instrumentador(a) 2 .

Anestesiólogo ingrid fernandez

Circulantes keila molina

Otro .

**DATOS DE LA CIRUGIA**

HORA INICIO (HH:MM) 9:00 am

Tipo de anestesia bloqueo ecoguiado

Sangrado .

Transfusión NO

Cantidad de sangre .

Tiempo de cirugía (MIN) 60 minutos

Diagnósticos 1. Fractura de diafisis de radio uy cubito izquierdo

Tratamiento quirurgico osteosintesis de fractura de radio y cubito izquierdo

**CLINICA DE FRACTURAS S.A.**

<b>Paciente:</b>	LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO			<b>Doc. Identidad:</b>	RC 1046346729	
<b>Sexo:</b>	M	<b>Fecha Nacimiento:</b>	2017-08-16	<b>Edad:</b>	6 años 2 meses y 26 días	
<b>Dirección:</b>	CALLE 2 No 2 30 CGTO ALGODONAL Lugar residencia: BARRANQUILLA				<b>Teléfono:</b>	3011942202 3011942202
<b>Responsable:</b>				<b>Teléfono Resp:</b>		<b>Parentesco:</b>
<b>Acompañante:</b>				<b>Teléfono Acom:</b>		
<b>Aseguradora:</b>	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL			<b>Teléfono Aseg:</b>		

**Descripción de la cirugía**

HALLAZGOS:

Fractura angulada de diáfisis de radio y cubito

## DESCRIPCION

Bajo anestesia  
Previa asepsia y antisepsia  
Decúbito supino  
Antibiótico profiláctico  
Se realiza abordaje para radio distal  
Disección cuidadosa por planos hasta identificación de hallazgos  
Identificación de punto de entrada de clavo endomedular de radio  
Se realiza reducción abierta de fractura de radio con posterior fijación con un clavo de Rush 2.5 x 20 cm.  
Se realiza abordaje para cubito proximal  
Disección cuidadosa por planos hasta identificación de hallazgos  
Identificación de punto de entrada de clavo endomedular de cubito  
Se realiza reducción abierta de fractura de cubito con posterior fijación con un clavo de Rush 2.5 x 22 cm..  
Se lava y se sutura por planos hasta piel  
Se realiza inmovilización con una férula de yeso braquiopalmar con codo a 90° y antebrazo en neutro de pronosupinación tipo pinza de azúcar

Durante procedimiento se hace uso de intensificador de imágenes para reducción y material de osteosíntesis

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

dos clavo de Rush 2.5 x 20 cm.

**CAUSA EXTERNA:**

02 - Accidente de tránsito

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:**

S524 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO Y DEL RADIO

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

ARNOVIS\_ COLINA ORTEGA

REGISTRO No. 082880

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA



## CONSTANCIA DE ATENCION

PACIENTE: LUISFER DAVID GARCIA CARREÑO FACTURA: FEE438

HISTORIA CLINICA: CC1046346729

FECHA DE INGRESO: ENERO 17 2024 FECHA DE EGRESO: ENERO 17 2024

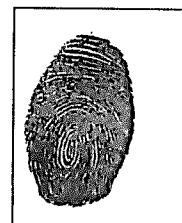
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: ADRES

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 3y 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: *Luisfer David Garcia Carreño*

No. De identificación: *1002096609*



# REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP **1.046.346.729**

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo  
Serial

**54456604**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input checked="" type="checkbox"/>	Notaría <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código <b>C 9 V</b>
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía <b>COLOMBIA - ATLANTICO - SANTA LUCIA...</b>						

Datos del inscrito

Primer Apellido <b>GARCIA</b>		Segundo Apellido <b>CARREÑO</b>	
Nombre(s) <b>LUISFER DAVID</b>			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año <b>2017</b>	Mes <b>AGO</b>	Día <b>16</b>	<b>MASCULINO</b>
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección) <b>COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA</b>			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos  
**CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**

Número certificado de nacido vivo

**14285637-9**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos <b>CARREÑO CARREÑO MARIA FELICIANA</b>	
Documento de identificación (Clase y número) <b>DE V- 29.509.463</b>	Nacionalidad <b>VENEZUELA</b>

Datos del padre

Apellidos y nombres completos <b>GARCIA PEREZ LOIS FERNANDO</b>	
Documento de identificación (Clase y número) <b>CC 1.046.346.142</b>	Nacionalidad <b>COLOMBIA</b>

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos <b>GARCIA PEREZ LOIS FERNANDO</b>	
Documento de identificación (Clase y número) <b>CC 1.046.346.142</b>	Firma <b>LUIS FERNANDO</b>

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción

Año **2017** Mes **AGO** Día **29**

Nombre y firma del funcionario que autoriza

**DONALDO OLIVO CABRERA - REGISTRAR**

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

**LUIS FERNANDO GARCIA**

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

#### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1046346729
NOMBRES	LUISFER DAVID
APELLIDOS	GARCIA CARREÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ATLANTICO
MUNICIPIO	SANTA LUCIA

#### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	SUBSIDIADO	12/09/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/10/2023 19:03:35	Estación de origen:	2801:12:c800:2070::1
---------------------	------------------------	---------------------	----------------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)