

Admision: 0

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.18764056152099

DE 2023-09-15 AUTORIZACION DEL FV 52970 A FV 72000 REGIMEN COMUN VALIDO HASTA 2024-09-15

Autorización:

Fecha Creacion: 14/12/2023 FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: FV58187

DATOS DEL COMPRADOR O BENEFICIARIO DATOS DEL PACIENTE JUAN ENRIQUE SALGADO HERRERA Cliente: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL Paciente: Nit: Identif: CC 1002000301 901037916 CONTRATO: . Direccion: Calle 26 No 69-76 piso 17 Direccion: CRA 21B N 73C-114 NUEVA COLOMBIA Telefono: (571)4322760 Telefonos: Tel:3016981305 Cel:3016981305 BOGOTA D.C., BOGOTA Ciudad: Parentesco: COTIZANTE Fecha Vencimiento: 13/01/2024 Ingreso: Egreso:

| Codigo | | Servicio | Fecha | Prestador | Cant. | Valor Unitario | Valor total |
|---------|--------------------------|-------------------------|---------------------|--------------------|---------------|----------------|------------------------------------|
| 21701 | | ITOS DE DIAGNOSTICO | S 2023-06-21 | | 1 | \$ 622.600,00 | \$ 622.600,00 \$ 622.600,00 |
| Copago: | 0,00 | C/Moderadora: 0,00 | SUBTOTA | AL - DETALLE DE SE | RVICIOS PREST | ADOS: | 622.600,00 |
| Son: Se | iscientos veintid | dós mil seiscientos pes | os M/L | | SUBTO | TAL | 622.600,00 |
| 0011010 | | | | | Valor Descue | nto: | 0,00 |
| | EIONES DE PAG EMPRESA | - | OS: 286305 | \ | ALOR FACTU | IRA: | 622.600,00 |
| RECAUDO | D DE ANTICIPO | \$ 0 | | | DETA | ALLE DEL PAGO |) |
| | | | | | Valor Paga | ado: | 0,00 |
| | | | | ; | SALDO A PAG | AR: | 622.600,00 |

JOSELIN VILORIA CORRO

Firma Del Facturador

CUFE: 49cf07e263e05b7e13adce4d8450b751dd45cd561aea9a8934198e8e391fa5f9916787641a4ece73d062

Elaborada Por: JOSELIN VILORIA

e2c4dc5fded5

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



Poliza:

| | SEC1 | TOR SALUD | |
|---------------------------------|--------------|-------------------------------|-----------------------|
| CODIGO_PRESTADOR | 080010025901 | TIPO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION | Cedula de Ciudadania |
| NUMERO_DOCUMENTO_IDENTIFICACION | 1002000301 | PRIMER_APELLIDO | SALGADO |
| SEGUNDO_APELLIDO | HERRERA | PRIMER_NOMBRE | JUAN |
| SEGUNDO_NOMBRE | ENRIQUE | SEGUNDO_NOMBRE | Tomador/Amparado SOAT |
| MODALIDAD_CONTRATACION | Por servicio | COBERTURA_PLAN_BENEFICIOS | Cobertura ADRES |
| NUMERO_CONTRATO | | NUMERO_AUTORIZACION | |
| NUMERO_MIPRES | | NUMERO_ENTREGA_MIPRES | |
| NUMERO_POLIZA | | COPAGO | 0 |
| CUOTA_MODERADORA | 0 | PAGOS_COMPARTIDOS | 0 |

Fecha y hora de impresion 2023-12-14 Página 1 de



| Paciente: | JUAI | JUAN ENRIQUE SALGADO HERRERA Doc. Identidad: | | | CC 1002000301 | | | |
|--------------|------|---|-----------------|----------------|---------------------------------|-------|--------|---------------|
| Sexo: | М | Fecha Nacimiento: | 1991-04-26 | Edad: | 32 años 1 mes y 12días | | | |
| Dirección: | | . 21B N 73C-114 NUE` ar residencia: BARRAN | | | Teléfono: 3016981305 3016981305 | | | 05 3016981305 |
| Responsable: | | | | Teléfono Resp: | | Paren | tesco: | |
| Acompañante: | | | | Teléfono Acom: | | | - | |
| Aseguradora: | ADM | IINISTRADORA DE LO | OS RECURSOS DEL | Teléfono Aseg: | | | | |

| | EVOLUCION MEDICO ESPECIALISTA | | | | | | | |
|--------------|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Formato No.: | Formato No.: 1968255 Fecha de atención: 2023-06-07 11:26:50 a. m. | | | | | | | |
| Edad: | 32 años 1 mes y 12días | | | | | | | |

DESCRIPCION

-LIBRE-

NEUROCIRUGIA*** CONTROL POLITRAUMAS Y TEC CON INCONCIENCIA BREVE EN ACCIDENTE DE TRANSITO EL DIA 20 MAYO-23 . QUEDANDO AHORA CON CEFALEA GLOBAL SIN VOMITO. , ANTECEDENTES: NIEGA ALERGIA NIEGA. QUIRURGICOS NIEGA. NO MEJORA CON ACTEMINOFE.N TIENE TAC DE CRANEO SIMPLE QUE NO MUESTRA PATOLOGIA TRAUMATICA APARENTE.

EX CLINICO NEUROLOGICO: ALERTA, SIN DEFICIT COGNITIVO, PUPILAS IFR, MOVS OCULARES NORMALES, SIN ASIMETRIA FACIAL, SIN DEFICIT MOTOR-SENSITIVO, SIN SIGNOS MENINGEOS NI CEREBELOSOS, MARCHA NORMAL. ROMBERG NEGATIVO, MOVS DE CUELLO NORMALES

DX. CEFALEA POST TEC.

PLAN: DICLFENACO AMPOLLA 50 MGS UNA CADA DOS DAS IM.X 3 DOSIS. ACETAMINOFEN 500 MGS CADA 12 HRS VO POR 5 DIAS. TAC CRANEO SIMPLE CONTROL. CITA 10 DIAS.

CAUSA EXTERNA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1:

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:

ALVARO JURADO REGISTRO No. 5124 90 NEUROCIRUGIA



| Paciente: | JUAN ENRIQUE SALGADO HERRERA Doc. Identidad: | | | CC 1002000301 | | | |
|--------------|--|---|-----------------|----------------|---------------------------------|-------------|--|
| Sexo: | M | Fecha Nacimiento: | 1991-04-26 | Edad: | 32 años 1 mes y 12días | | |
| Dirección: | | 21B N 73C-114 NUE\ ar residencia: BARRAN | | | Teléfono: 3016981305 3016981305 | | |
| Responsable: | | | | Teléfono Resp: | | Parentesco: | |
| Acompañante: | | | | Teléfono Acom: | | | |
| Aseguradora: | ADM | IINISTRADORA DE LO | OS RECURSOS DEL | Teléfono Aseg: | | | |

| | ORDEN MEDICA | | | | | | |
|--------------|------------------------|--------------------|---------------------------|--|--|--|--|
| Formato No.: | 1968266 | Fecha de atención: | 2023-06-07 11:42:15 a. m. | | | | |
| Edad: | 32 años 1 mes y 12días | | | | | | |

INSTRUCCIONES MEDICAS

Otro

TAC CRANEO SIMPLE. CEFALEA POST TEC. SIN DEFICIT FOCAL NEUROLOGICO.

CAUSA EXTERNA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1: DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2: DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:

ALVARO JURADO REGISTRO No. 5124 90

NEUROCIRUGIA



| Paciente: | JUAN ENRIQUE SALGADO HERRERA Doc. Identidad: | | | CC 1002000301 | | | |
|--------------|--|--------------------|-----------------|---|------------------------|-------------|--|
| Sexo: | M | Fecha Nacimiento: | 1991-04-26 | Edad: | 32 años 1 mes y 26días | | |
| Dirección: | CRA 21B N 73C-114 NUEVA COLOMBIA Lugar residencia: BARRANQUILLA | | | Teléfono : 3016981305 3016981305 | | | |
| Responsable: | | | | Teléfono Resp: | l | Parentesco: | |
| Acompañante: | | | | Teléfono Acom: | | | |
| Aseguradora: | ADM | IINISTRADORA DE LO | OS RECURSOS DEL | Teléfono Aseg: | | | |

| TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA | | | | | | | |
|--------------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| Formato No.: | Formato No.: 1984683 Fecha de atención: 2023-06-21 11:00:30 a. m. | | | | | | |
| Edad: | 32 años 1 mes y 26días | | | | | | |

TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA

Fecha JUNIO 21/2023

ESTUDIO TOMOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE

PROTOCOLO SE PRACTICARON CORTES AXIALES SECUENCIALES DESDE LA BASE DEL CRÁNEO

HASTA EL VERTEX, EN FASE SIMPLE:

HALLAZGOS LÍNEA MEDIA CENTRAL.

SISTEMA VENTRICULAR ES DE CALIBRE Y AMPLITUD NORMAL.

NO SE OBSERVAN LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO NI CALCIFICACIONES

PATOLÓGICAS EN EL PARÉNQUIMA CEREBRAL.

LAS FOSAS CEREBRALES MEDIA Y POSTERIOR NO MUESTRAN ALTERACIONES.

LAS CISTERNAS DE LAS BASES SON NORMALES.

ESTRUCTURAS ÓSEAS Y TEJIDOS BLANDOS SIN ALTERACIONES.

CONCLUSION: TOMOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE SIN HALLAZGOS PATOLOGICOS.

CAUSA EXTERNA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1: DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2: DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:

OSCAR ROMERO ORELLANO

REGISTRO No. 65480

RADIOLOGIA Y ULTRASONIDO



| Paciente: | JUAI | JUAN ENRIQUE SALGADO HERRERA Doc. Identidad: | | | CC 1002000301 | | |
|--------------|------|---|-----------------|----------------|--|-----------------|-----|
| Sexo: | M | Fecha Nacimiento: | 1991-04-26 | Edad: | 30 años 10 meses y 19días | | |
| Dirección: | | \ 21B N 73C-114 NUE\ ar residencia: BARRAN | | | Teléfono: 3016981305 3016981305 | | |
| Responsable: | | | | Teléfono Resp: | | Parentes | co: |
| Acompañante: | | | | Teléfono Acom: | | | |
| Aseguradora: | ADM | IINISTRADORA DE LO | OS RECURSOS DEL | Teléfono Aseg: | | | |

| | HISTORIA URGENCIA | | | | | | |
|--------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|--|--|--|--|
| Formato No.: | 1681212 | Fecha de atención: | 2022-03-17 10:05:13 a. m. | | | | |
| Edad: | 30 años 10 meses y 19días | | | | | | |

TIPO TRIAGE

TRIAGE 2

ATENCION CLINICA

ESTADO DEL PACIENTE CONCIENTE

DATOS CLINICOS GENERALES

MOTIVO DE LA CONSULTA ACCIDENTE DE TRANSITO

EVOLUCION DE ENFERMEDAD PACIENTE MASCULINO DE 30 AÑOS DE EDAD, CON CUADRO CLINICO DADO POR

ACTUAL TRAUMA CRANEONCEFALICO, REGION LUMBAR Y RODILLA DERECHA SECUNDARIO A

ACCIDENTE DE TRANSITO, CON DOLOR SEVERO, EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL.

POR LO CUAL CONSULTA.

ANTECENDENTES FAMILIARES NIEGA

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 ASPIRINA**

ACTUALMENTE

REVISION POR SISTEMA (Examen Funcional)

Cabeza: CEFALEA, NAUSEAS, SOMNOLIENTO, DESORIENTADO.

Ojos: CLINICAMENTE NORMAL CLINICAMENTE NORMAL Oidos: Nariz: CLINICAMENTE NORMAL Boca: CLINICAMENTE NORMAL Garganta: CLINICAMENTE NORMAL Cuello: CLINICAMENTE NORMAL Cardiorrespiratorio: CLINICAMENTE NORMAL Mamas: CLINICAMENTE NORMAL



| Paciente: | JUA | JUAN ENRIQUE SALGADO HERRERA Doc. Identidad: | | | CC 1002000301 | | | |
|--------------|-----|---|-----------------|----------------|---------------------------------|------------|---|--|
| Sexo: | M | Fecha Nacimiento: | 1991-04-26 | Edad: | 30 años 10 meses y 19días | | | |
| Dirección: | | A 21B N 73C-114 NUE` ar residencia: BARRAN | | | Teléfono: 3016981305 3016981305 | | | |
| Responsable: | | | | Teléfono Resp: | l | Parentesco | • | |
| Acompañante: | | | | Teléfono Acom: | | | | |
| Aseguradora: | ADM | IINISTRADORA DE LO | OS RECURSOS DEL | Teléfono Aseg: | | | | |

Gastrointestinal:
CLINICAMENTE NORMAL
Genitourinarios:
CLINICAMENTE NORMAL
Gineco - Obstetrico:
CLINICAMENTE NORMAL
Venereos:
CLINICAMENTE NORMAL
Endocrino:
CLINICAMENTE NORMAL

Locomotor: DOLOR LUMBOSACRO, RODILLA DERECHA

Neuromuscular y CLINICAMENTE NORMAL neuropsiquiatricos:

Piel y Anexos: CLINICAMENTE NORMAL

SIGNOS VITALES

 T.A.
 110/70

 F.C.
 78

 F.R.
 18

 TEMPERATURA CORPORAL
 36.6

EXAMEN FISICO

EXAMEN FISICO CONCIENTE, DESORIENTADO, SOMNOLIENTO, CEFALEA INTENSA,GLASLOW 13/15.

CABEZA CONSCIENTE, DESORIENTADO, SOMNOLIENTO, CEFALEA INTENSA, GLASLOW 13/15,

PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, PARES CRANEALES

CONSERVADOS, MEMORIA MEDIATA Y REMOTA CONSERVADA, SIN ALTERACION DEL BALANCE, SIN DATOS DE IRRITACION MENINGEA, MOVIMIENTOS COORDINADOS CONSERVADOS, FUERZA Y REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS CONSERVADOS. PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMORREACTIVAS A LA LUZ, PARES CRANEALES NORMALES, TRAUMA CONTUNDENTE EN CABEZA CON DOLOR A LA PALPACIÓN DE REGIÓN OCCIPITAL CON EDEMA LOCAL, SIN HERIDAS. NO PÉRDIDA DE ESTADO DE CONCIENCIA NI LESIÓN DE MEMORIA ANTERÓGRADA. NO EVIDENCIA ALTERACIÓN DE TABLA ÓSEA, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTÉRICAS, NARINAS PERMEABLES SIN SALIDA DE LÍQUIDO, TABIQUE CENTRAL, CANALES AUDITIVOS SIN SALIDA DE LÍQUIDO, MUCOSA ORAL HÚMEDA, OCLUSIÓN DENTAL PRESENTE, SIN

AVULSIÓN DENTAL, APERTURA BUCAL SIN ALTERACIONES.

CUELLO CLINICAMENTE NORMAL
TÓRAX CLINICAMENTE NORMAL
ABDOMEN CLINICAMENTE NORMAL
GENITOURINARIO CLINICAMENTE NORMAL

PELVIS DOLOR DE INTENSIDAD 10/10 EN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR EN COLUMNA

LUMBOSACRA, EDEMA GRADO II, LIMITACION FUNCIONAL, DOLOR A LA PALPACION DE

MUSCULOS PARAVERTEBRALES, LIMITACION DE LA BIPEDESTACION, DOLOR

IRRADIADO A COLUMNA LUMBOSACRA A LA ELEVACION DE MIEMBROS INFERIORES,

FUERZA Y SENSIBILIDAD EN MIEMBROS INFERIORES CONSERVADA, NEUROVASCULAR CONSERVADO, SIN DEFORMIDAD ANATOMICA.



| Paciente: | JUAN ENRIQUE SALGADO HERRERA Doc. Identidad: | | CC 1002000301 | | | | | |
|--------------|--|--|--|---------------------------|--|---------------------------------|--------|--|
| Sexo: | M Fecha Nacimiento: 1991-04-26 Edad: | | | 30 años 10 meses y 19días | | | | |
| Dirección: | | 21B N 73C-114 NUE\ r residencia: BARRAN | C-114 NUEVA COLOMBIA ia: BARRANQUILLA | | | Teléfono: 3016981305 3016981305 | | |
| Responsable: | | | | Teléfono Resp: | | Parent | tesco: | |
| Acompañante: | | | | Teléfono Acom: | | | | |
| Aseguradora: | ADM | INISTRADORA DE LO | OS RECURSOS DEL | Teléfono Aseg: | | | | |

EXTREMIDADES DOLOR DE INTENSIDAD 10/10 EN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR EN RODILLA

DERECHA, EDEMA GRADO II, LIMITACION FUNCIONAL, LIMITACION DE LA FLEXO-EXTENSION, MARCHA CON COJERA, DEFORMIDAD ANATOMICA, DOLOR A LA PALPACION DE CONDILO FEMORAL EXTERNO Y MESETA TIBIAL LATERAL. LLENADO CAPILAR MENOR DE 1 SEGUNDO, SENSITIVO ADECUADO, NO ES POSIBLE VALORAR

ESTABILIDAD DEBIDO A INTENSO DOLOR.

SISTEMA NERVIOSO CONSCIENTE, DESORIENTADO, SOMNOLIENTO, CEFALEA INTENSA, GLASLOW 13/15,

PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, PARES CRANEALES

CONSERVADOS, MEMORIA MEDIATA Y REMOTA CONSERVADA, SIN ALTERACION DEL BALANCE, SIN DATOS DE IRRITACION MENINGEA, MOVIMIENTOS COORDINADOS CONSERVADOS, FUERZA Y REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS CONSERVADOS.

ORIGEN DE LA ENFERMEDAD

ENFERMEDAD GENERAL NO

SOLICITUD DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

AYUDA RX COLUMNA LUMBOSACRA

RX RX RODILLA DERECHA

RESULTADO IMAGENOLOGIA

Tipo de exámen RX COLUMNA LUMBOSACRA

RX RX RODILLA DERECHA

Descripcion RX COLUMNA LUMBOSACRA: SIN LESION OSEA AGUDA NI ALTEACION ARTICUALAR

RX RX RODILLA DERECHA: SIN LESION OSEA AGUDA NI ALTEACION ARTICUALAR

ANALISIS Y PLAN

Nota SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO DE 30 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO

DADO POR TRAUMA CRANEONCEFALICO, REGION LUMBAR Y RODILLA DERECHA

SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO, CON HALLAZGOS CLINICOS E

IMAGENOLOGICOS DESCRITOS. SE SOLICITA VALORACION POR NEUROCIRUGIA Y

VALORACION POR ORTOPEDIA PARA DEFINIR CONDUCTA.

SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCION SEGÚN LINEAMIENTOS DE SALUD SEGÚN LA OMS Y EL MINISTERIOR DE SALUD DEBIDO A LA

PANDEMIA EN LA CUAL NOS ENCONTRAMOS

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA ESGUINCE GII RODILLA DERECHA

TRAUMA CRANEOENCEFALICO

CONTUSION CADERA

CERTIFICACIONES

CERTIFICACION CERTIFICO QUE SEGÚN LOS HALLAZGOS CLÍNICOS ENCONTRADOS SE DEDUCE QUE

LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE ACCIDENTE DE TRANSITO



| Paciente: | JUAI | JUAN ENRIQUE SALGADO HERRERA Doc. Identidad: | | | | CC 1002000301 | | | |
|--------------|------|---|-----------------|----------------|--|---------------|--|----------------|--|
| Sexo: | M | Fecha Nacimiento: | 1991-04-26 | Edad: | 30 años 10 meses y 19días | | | | |
| Dirección: | | . 21B N 73C-114 NUE\ ar residencia: BARRAN | | | Teléfono: 3016981305 3016981305 | | | 305 3016981305 | |
| Responsable: | | | | Teléfono Resp: | | Parentesco: | | | |
| Acompañante: | | | | Teléfono Acom: | | | | | |
| Aseguradora: | ADM | IINISTRADORA DE LO | OS RECURSOS DEL | Teléfono Aseg: | | | | | |

CAUSA EXTERNA:

Accidente de transito

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

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

ALCIDES ALFONSO MAESTRE MATTOS

Pleides Mosstre Ms

REGISTRO No. 1140897437

MEDICINA GENERAL



| Paciente: | JUAI | JUAN ENRIQUE SALGADO HERRERA Doc. Identidad: | | | | CC 1002000301 | | | |
|--------------|-------------|---|-----------------|----------------|---------------------------------|---------------|--|--|--|
| Sexo: | М | Fecha Nacimiento: | 1991-04-26 | Edad: | 30 años 10 meses y 19días | | | | |
| Dirección: | | . 21B N 73C-114 NUE\ ar residencia: BARRAN | | | Teléfono: 3016981305 3016981305 | | | | |
| Responsable: | | | | Teléfono Resp: | Parentesco: | | | | |
| Acompañante: | | | | Teléfono Acom: | | | | | |
| Aseguradora: | ADM | IINISTRADORA DE LO | OS RECURSOS DEL | Teléfono Aseg: | | | | | |

| INTERCONSULTA | | | | | | |
|---------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|--|--|--|
| Formato No.: | 1681249 | Fecha de atención: | 2022-03-17 10:40:04 a. m. | | | |
| Edad: | 30 años 10 meses y 19días | | | | | |

INTERCONSULTA

DESCRIPCION DE LA INTERCONSULTA

VALORACIÓN POR ORTOPEDIA:

PACIENTE MASCULINO DE 30 AÑOS, QUIEN ACUDE AL SERVICIO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONÓ TRAUMATISMO A NIVEL DE CRANEONCEFALICO, REGION LUMBAR Y RODILLA DERECHA POSTERIOR A ESTO PRESENTO DOLOR, EDEMA Y LIMITACIÓN FUNCIONAL; AL EXAMEN FÍSICO PRESENTA DOLOR DE INTENSIDAD 10/10 EN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR EN COLUMNA LUMBOSACRA, EDEMA GRADO II, LIMITACION FUNCIONAL, DOLOR A LA PALPACION DE MUSCULOS PARAVERTEBRALES, LIMITACION DE LA BIPEDESTACION, DOLOR IRRADIADO A COLUMNA LUMBOSACRA A LA ELEVACION DE MIEMBROS INFERIORES, FUERZA Y SENSIBILIDAD EN MIEMBROS INFERIORES CONSERVADA, NEUROVASCULAR CONSERVADO, SIN DEFORMIDAD ANATOMICA. DOLOR DE INTENSIDAD 10/10 EN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR EN RODILLA DERECHA, EDEMA GRADO II, LIMITACION FUNCIONAL, LIMITACION DE LA FLEXO-EXTENSION, MARCHA CON COJERA, DEFORMIDAD ANATOMICA, DOLOR A LA PALPACION DE CONDILO FEMORAL EXTERNO Y MESETA TIBIAL LATERAL. LLENADO CAPILAR MENOR DE 1 SEGUNDO, SENSITIVO ADECUADO, NO ES POSIBLE VALORAR ESTABILIDAD DEBIDO A INTENSO DOLOR.

CONSCIENTE, DESORIENTADO, SOMNOLIENTO, CEFALEA INTENSA, GLASLOW 13/15, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, PARES CRANEALES CONSERVADOS, MEMORIA MEDIATA Y REMOTA CONSERVADA, SIN ALTERACION DEL BALANCE, SIN DATOS DE IRRITACION MENINGEA, MOVIMIENTOS COORDINADOS CONSERVADOS, FUERZA Y REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS CONSERVADOS. PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMORREACTIVAS A LA LUZ, PARES CRANEALES NORMALES, TRAUMA CONTUNDENTE EN CABEZA CON DOLOR A LA PALPACIÓN DE REGIÓN OCCIPITAL CON EDEMA LOCAL, SIN HERIDAS. NO PÉRDIDA DE ESTADO DE CONCIENCIA NI LESIÓN DE MEMORIA ANTERÓGRADA. NO EVIDENCIA ALTERACIÓN DE TABLA ÓSEA, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTÉRICAS, NARINAS PERMEABLES SIN SALIDA DE LÍQUIDO, TABIQUE CENTRAL, CANALES AUDITIVOS SIN SALIDA DE LÍQUIDO, MUCOSA ORAL HÚMEDA, OCLUSIÓN DENTAL PRESENTE, SIN AVULSIÓN DENTAL, APERTURA BUCAL SIN ALTERACIONES.



| Paciente: | JUAI | JUAN ENRIQUE SALGADO HERRERA Doc. Identidad: | | | | CC 1002000301 | | | |
|--------------|------|---|-----------------|----------------|---------------------------------|---------------|---|---------------|--|
| Sexo: | M | Fecha Nacimiento: | 1991-04-26 | Edad: | 30 años 10 meses y 19días | | | | |
| Dirección: | | . 21B N 73C-114 NUE` ar residencia: BARRAN | | | Teléfono: 3016981305 3016981305 | | | 05 3016981305 | |
| Responsable: | | | | Teléfono Resp: | Parentesco: | | | | |
| Acompañante: | | | | Teléfono Acom: | | | - | | |
| Aseguradora: | ADM | IINISTRADORA DE LO | OS RECURSOS DEL | Teléfono Aseg: | | | | | |

Plan de salida

ANALISIS:

SE TRATA DE PACIENTE MASCULINO DE 30 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE AL SERVICIO POR SUFRIR ACCIDENTE DE TRANSITO QUE OCASIONÓ TRAUMATISMO A NIVEL DE CRANEONCEFALICO, REGION LUMBAR Y RODILLA DERECHA CON HALLAZGOS CLINICOS DESCRITOS, QUIEN SE LE REALIZA RX EL CUAL NO EVIDENCIA LESIÓN OSEA AGUDA; CONSIDERANDO LO ANTERIOR SE DECIDE: INMOVILIZAR CON VENDAJE BULTOSO EN RODILLA DERECHA, ANALGESIA Y CONTINUIA EN OBSERVACION SE DA ALTA POR ORTOPEDIA, CON FORMULA MEDICA PARA MANEJO AMBULATORIO Y CITA POR CONSULTA EXTERNA AL EGRESO. SE SOLICITA TAC DE CRANEO SIMPLE PARA DESCARTAR LESION INTRACRANEAL, VALORACION POR NEUROCIRUGIA.

ESGUINCE GII RODILLA DERECHA TRAUMA CRANEOENCEFALICO CONTUSION CADERA

PLAN.

CSV AC

DIETA HIPOSODICA HIPOGLUCIDO SSN 0.9% 60 CC/HORA. DIPIRONA 2 GR IV CADA 6 HORAS TRASLADAR A SALA DE YESO E INMOVILIZAR ALTA POR ORTOPEDIA SS TAC DE CRANEO SIMPLE SS VALORACION NEUROCIRUGIA VIGILAR NEUROVASCULAR DISTAL SEGUIMIENTO ORTOPEDIA

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 VENDAJE ELASTICO SE INMOVILIZA CON VENDAJE BULTOSO EN RODILLA DERECHA PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO NO COMPLICACIONES.

CAUSA EXTERNA:

Accidente de transito

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1: S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA. NO ESPECIFICADO

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:

ALBERTO HENRIQUEZ MENDOZA

REGISTRO No. 11-12983 MEDICINA ESPECIALIZADA



| Paciente: | JUAI | JUAN ENRIQUE SALGADO HERRERA Doc. Identidad: | | | | CC 1002000301 | | | |
|--------------|------|---|-----------------|----------------|--|---------------|--|----------------|--|
| Sexo: | M | Fecha Nacimiento: | 1991-04-26 | Edad: | 30 años 10 meses y 19días | | | | |
| Dirección: | | . 21B N 73C-114 NUE\ ar residencia: BARRAN | | | Teléfono: 3016981305 3016981305 | | | 305 3016981305 | |
| Responsable: | | | | Teléfono Resp: | | Parentesco: | | | |
| Acompañante: | | | | Teléfono Acom: | | | | | |
| Aseguradora: | ADM | IINISTRADORA DE LO | OS RECURSOS DEL | Teléfono Aseg: | | | | | |

| EVOLUCION MEDICO ESPECIALISTA | | | | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|
| Formato No.: | 1681347 | Fecha de atención: | 2022-03-17 13:19:46 p. m. | | | | | |
| Edad: | 30 años 10 meses y 19días | | | | | | | |

DESCRIPCION

-LIBRE-

PACIENTE MASCULINO DE 30 AÑOS DE EDAD.

NIEGA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA. NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS.

PACIENTE RECIBIÓ TRAUMATISMOS MÚLTIPLES POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO, SIN PÉRDIDA DEL ESTADO DE CONSCIENCIA, SEGUIDO DE CEFALEA INTENSA Y DOLOR LUMBAR TAMBIÉN DE FUERTE INTENSIDAD.

SUBJETIVO

REFIERE MEJORÍA DE LA CEFALEA Y EL LUMBAGO.

OBJETIVO

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL.

NO CREPITACIÓN NI HUNDIMIENTO EN CRÁNEO.

DOLOR LEVE A LA MOVILIDAD DE COLUMNA LUMBAR.

NEUROLÓGICO

CONCIENTE, ORIENTADO, LENGUAJE CONSERVADO

PARES CRANEALES INDEMNES.

FUERZA MUSCULAR V/V UNIVERSAL.

SENSIBILIDAD CONSERVADA.

ROT UNIVERSAL II/IV.

GLASGOW DE 15 PTOS.

TAC CEREBRAL CON VENTANA ÓSEA SIN EVIDENCIA DE FRACTURA EN CALOTA NI EN LA BASE. NO COLECCIONES EPI NI SUBDURALES. NO CONTUSIONES NI EDEMA. CISTERNAS DE LA BASE AMPLIAS.

RX DE COLUMNA LUMBAR SIN FRACTURA NI LISTESIS. BUENA ALINEACIÓN CORONAL Y SAGITAL.

DIAGNÓSTICO

- 1. TEC.
- 2. CONMOCIÓN CEREBRAL.
- 3. TRAUMA LUMBAR.

PLAN

EGRESO POR NEUROCIRUGÍA.

CONTROL POR CONSULTA DE NEUROCIRUGÍA EN 15 DÍAS.

INCAPACIDAD POR 05 DÍAS.

NAPROXENO: 1 TABLETA DE 250 MG VO C/8 HORAS X 7 DÍAS: 21 TABLETAS.



| Paciente: | JUAI | JUAN ENRIQUE SALGADO HERRERA Doc. Identidad: | | | | CC 1002000301 | | | |
|--------------|------|---|-----------------|----------------|--|---------------|--|----------------|--|
| Sexo: | M | Fecha Nacimiento: | 1991-04-26 | Edad: | 30 años 10 meses y 19días | | | | |
| Dirección: | | . 21B N 73C-114 NUE\ ar residencia: BARRAN | | | Teléfono: 3016981305 3016981305 | | | 305 3016981305 | |
| Responsable: | | | | Teléfono Resp: | | Parentesco: | | | |
| Acompañante: | | | | Teléfono Acom: | | | | | |
| Aseguradora: | ADM | IINISTRADORA DE LO | OS RECURSOS DEL | Teléfono Aseg: | | | | | |

CAUSA EXTERNA:

Accidente de transito

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1:

S800 CONTUSION DE LA RODILLA

DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2: DIAGNÓSTICO RELACIONADO 3:

J.

JESUS RAFAEL GARCIA CATONI

REGISTRO No. 586145

NEUROCIRUGIA

CONSTANCIA DE ATENCION

PACIENTE: JUAN ENRIQUE SALGADO HERRERA FACTURA: FV58187

| HISTORIA CLINICA:CC | 1002000301 | | |
|---|--|--|--|
| FECHA DE INGRESO: 21/JU | NIO/2023 | FECHA DE EGRES | o: 21/JUNIO/2023 |
| ENTIDAD RESPONSABLE DEI | _ PAGO: | ADRES | |
| Por medio del presente doc satisfacción con calidad los ORTOPEDIA Y TRAUMATOLO y egreso de este centro asis de la factura y/o facturas qu | servicios prestac DGIA, dentro del tencial; por cons | dos por la CLINICA DE I período aquí consigr siguiente, este docum | FRACTURAS CENTRO DE nado con fecha de ingreso ento hace parte integral |
| Lo anterior de conformidad | al Decreto 4747 | de 10/Dic./2007 | |
| FIRMA USUARIO (A) o ACUDIENTE: | u dalzado | | |
| ار No. De identificación: ﴿عِلَىٰ اللَّهِ اللَّهُ اللَّهِ الللَّهِ الللَّهِ الللَّهِ الللللَّمِلْمِلْمِلْمِلْمِلْمِلْمِلْمِلْمِلْمِلْ | 02000307 | 1 | |

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

El suscrito, médico de la institución prestadora de servicios, ALVARO JURADO. 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) <u>SALGADO HERRERA JUAN ENRIQUE</u>, identificado con <u>CC</u> Nº <u>1002000301</u> de BARRANQUILLA, fueron causadas por **ACCIDENTE DE TRÁNSITO** ocurrido el día <u>20</u> del mes 5 el año <u>2023</u> a las <u>22:50</u> en la vía/sitio <u>CALLE 73 CARRERA 21</u> en el municipio de <u>BARRANQUILLA</u>.

Relato breve de los hechos: <u>PACIENTE QUIEN AL IR CAMINANDO EN PLENA VIA PUBLICA ES ARROLLADO POR UNA MOTOCICLETA RESULTANDO LESIONADO DANDOSE EL CONDUCTOR A LA HUIDA</u>

| ALVARO JURADO | alui |
|------------------------------------|------------------------|
| Nombre del Profesional de la Salud | Firma y sello |
| 5124-90 | 19061851 |
| Registro Medico | Documento de Identidad |





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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado:

| COLUMNAS | DATOS | | | |
|--------------------------|-----------------|--|--|--|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC | | | |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1002000301 | | | |
| NOMBRES | JUAN ENRIQUE | | | |
| APELLIDOS | SALGADO HERRERA | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/** | | | |
| DEPARTAMENTO | ATLANTICO | | | |
| MUNICIPIO | BARRANQUILLA | | | |

Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|----------------|------------|---------------------------------|--|-------------------|
| ACTIVO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 01/01/2016 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

 Fecha de Impresión:
 05/20/2023 23:40:49
 Estación de origen:
 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 BDUA, 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 entidades 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 usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remitase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA