

Freyner Joel Briceño Ibañez

T.I. 1.090.533.756 VIR

8 años - Masculino

Calle 6 #14-16 B/ Gramalote

350 383 6144 - 322 773 1814

jhonatanbribanez@gmail.com

Nancy Ibañez Prieto

CC 27.894.667 VIR

320 283 0324

Madre

CODIGO: 822395

DX: 6405

REPÚBLICA DE COLOMBIA,
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.090.533.756**
BRICEÑO IBÁÑEZ

APELLIDOS
FREYNER JOEL

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **19-JUN-2016**
SAN ANTONIO DEL TACHIRA
VENEZUELA

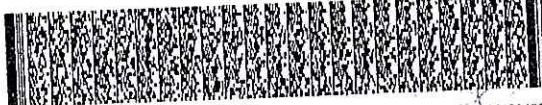
LUGAR DE NACIMIENTO
19-JUN-2034 O+ M
G S RH SEXO

FECHA DE VENCIMIENTO
22-NOV-2023 VILLA DEL ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
HEINRICH PEÑAGOS CHILDO

PULGAR DERECHO



P-2510000-01408300-M-1090533756-20240103 0138122212A 8510142632



NUIP 1.090.533.756

Tipo de certificado

Datos Esenciales

Acreditar
Parentesco



Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

BRICENO IBANEZ FREYNER JOEL.

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|------------|-----|
| Año | 2 | 0 | 1 | 6 | Mes | J | U | N | Día | 1 | 9 | MASCULINO. | 0 + |
|-----|---|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|------------|-----|

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

VENEZUELA SAN ANTONIO DEL TACHIRA.

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

| | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|-------------|
| Año | 2 | 0 | 1 | 7 | Mes | D | I | C | Día | 1 | 9 | 0056954732. |
|-----|---|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|-------------|

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

IBANEZ PRIETO NANCY.

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 27.894.667.

COLOMBIA.

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

BRICENO MONTES FREDDY ENRIQUE.

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

DOCUMENTO EXTRANJERO V-12799826.

VENEZUELA.

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

IBANEZ PRIETO NANCY.

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 27.894.667.

Espacio para notas

.....

.....

.....

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA NORTE DE SANTANDER CUCUTA.

Código

N 2 0

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|
| Año | 2 | 0 | 1 | 7 | Mes | D | I | C | Día | 1 | 9 |
|-----|---|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|

Nombre y firma del funcionario

MARISOL CASTELLANOS AVILA.

Registrador del Estado Civil

HISTORIA CLINICA RESUMEN DE EXAMEN FISICO

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos : FREYNER JOEL BRICEÑO IBAÑEZ
Identificación : 1090533756 **Tipo Documento :** TI
Sexo : M **Edad :** 7 Años **Fecha de Nacimiento :** 19/06/2016
Dirección: B. SAN MARTIN -VILLA DEL ROSARIO CRA 18N # 10-16 **Teléfono:** 3202830324 -
Ocupación : MENOR DE EDAD **Estado Civil :** SOLTERO(A)
Tipo de Usuario : Subsidiado **Tipo de Afiliación :** CABEZA FAMILIA
Contrato : S NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO **Nro Carnet:**
Entidad : NUEVA EPS S.A.

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

| FECHA | HORA | T. ART. | FREC. CARD. | FREC. RESP. | TEMP. | PESO | TALLA |
|------------|-------|---------|-------------|-------------|-------|------|-------|
| 12/02/2024 | 16:50 | | | | | 14.5 | 125 |

Servicio: 890275-CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN
NEUROLOGÍA PEDIATRICA

MOTIVO DE CONSULTA:

SE SIGUE PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD ESTIPULADO POR MINISTERIO DE SALUD Y CONEURO SAS PARA EVITAR LA PROPAGACION DEL COVID-19.

CONTROL - ULTIMA VISITA FEBRERO 2021

EDAD 7 AÑOS 8 MESES

ACOMPAÑANTE MAMÁ NANCY IBAÑEZ PRIETO

ENCEFALOPATIA EPILEPTICA FOCAL REFRACTARIA

PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA FUNCIONAL V

DEFICIT COGNITIVO GRAVE POR CLINICA

MICROCEFALIA

TRASTORNO DEL DESARROLLO CORTICAL - LISENCEFALIA

REFIERE NO HABER REGRESADO A CONTROLES POR LIQUIDACION DE EPS. COMENTA VERLO MEJOR, CON DISMINUCION DE LA FRECUENCIA ICTAL. PRIMERA CRISIS A LOS 3 MESES EN VIGILIA, NISTAGMO HORIZONTAL, HIPERTONO GENERALIZADO, DE 1 SG DE DURACION, FRECUENCIA DIARIA HASTA 50 POR DIA. POSTERIOR AL AÑO DE EDD HUBO CAMBIO SEMIOLÓGICO, VERSION CEFALICA Y OCULAR IZQUIERDA, (HOY CORRIGE LATERALIDAD) HIPERTONO GENERALIZADO, DE 1 MIN DE DURACION, OTRAS NISTAGMO HORIZONTAL CON VERSION CEFALICA IZQUIERDA DE 2-3 SEG DE DURACION, OTRAS VERSION OCULAR Y CEFALICA IZQUIERDA SEGUIDO DE RISAS DE 3 SG DE DURACION, ULTIMA CRISIS NOVIEMBRE 2023. MAXIMO LIBRE DE CRISIS 3 MESES. CONVULSIONES FACILITADAS POR FIEBRE +, ESTATUS EPILEPTICO NEGATIVO. FAES BIEN TOLERADOS Y SIN EFECTOS ADVERSOS.

NO RECIBE TERAPIAS, ULTIMO CICLO OCTUBRE 2023

EN SEGUIMIENTO POR EPILETOLOGIA, NUTRICION, FISIATRIA, PEDIATRIA, JUNTA FISIATRIA.

| | |
|------------------------------------|-------------|
| OXCARBAZEPINA 2.5 CC CADA 12 HORAS | 20.6 MGKDIA |
| VIGABATRINA 1000 MGRS CADA 12 HRS | 137 MGKDIA |
| CLONAZEPAM TABLETAS 2 MG 1 MG 9 PM | 0.06 MGKDIA |
| FENOBARBITAL 50MG CADA 12 HORAS | 6.8 MGKDIA |

RECUENTO FARMACOLOGICO

Dra. Johanna A. Chávez H.
 CC 40325870 DIA 7/06/2007
 NEUROLOGO
 CONFIRMO

Atendido por:

JOHANNA ANDREA CHAVEZ HERNANDEZ
 CC. 40325870
 NEUROLOGO

Reg Prof.

HISTORIA CLINICA RESUMEN DE EXAMEN FISICO

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos : FREYNER JOEL BRICEÑO IBÁÑEZ
Identificación : 1090533756
Sexo : M **Edad :** 7 Años
Dirección: B. SAN MARTIN -VILLA DEL ROSARIO CRA 18N # 10-16
Ocupación : MENOR DE EDAD
Tipo de Usuario : Subsidiado
Contrato : S NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO
Entidad : NUEVA EPS S.A.
Tipo Documento : TI
Fecha de Nacimiento : 19/06/2016
Teléfono: 3202830324 -
Estado Civil : SOLTERO(A)
Tipo de Afiliación : CABEZA FAMILIA
Nro Carnet :

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

| FECHA | HORA | T. ART. | FREC. CARD. | FREC. RESP. | TEMP. | PESO | TALLA |
|---|------|---------|-------------|-------------|-------|------|-------|
| ACIDO VALPROICO INICIADO A LOS 3 MESES | | | | | | | |
| AVP + CLONAZEPAM INICIADO AL 1 DE EDAD | | | | | | | |
| AVP + CLBZ + VIGABATRINA INICIADO A LOS 2 AÑOS | | | | | | | |
| OXCARBAZEPINA + VIGABATRINA + CLONAZEPAM INICIADA EN 2019 | | | | | | | |
| FENOBARBITAL INICIADO EN MARZO 2023 | | | | | | | |

ENFERMEDAD ACTUAL:

ANTECEDENTES

4 GESTA, VIVOS 4, CNP +, STORCH NEG, VIH NEG, SIFILIS NEG, NO PATOLOGIA GESTACIONAL, PARTO CESAREA POR ITERATIVA, LLANTO ESPONTANEO PESO 2900, TALLA 49, NO UCIN, NO ICTERICIA
 SC 3.M, ROLOS 3 M, SEDENTE AUN NO, ARRASTRE AUN NO, AGARRES AUN NO, MONOSILABOS 12M MA, NO, AY, NO VUELTOS A DECIR, NO ATIENDE AL NOMBRE, NO BUSCA FUENTE SONORA, DEPENDIENTE TOTAL EN ABC Y AVD
 ALERGIA NIEGA, CIRUGIAS NIEGA, CONVULSIONES MENCIONADAS, ULTIMA HOSPITALIZACION EN 2022 POR BRONQUITIS
 ANT FAM NIEGA EPILEPSIA, NIEGA RM, NIEGA DISCAPACIDAD FISICA
 ALIMENTACION TODOS LOS GRUPOS, BLANDOS, HUMEDOS Y ALGUNOS TROZOS PEQUEÑOS, NIEGA ATORAMIENTOS
 SUEÑO SIN INTERRUPCIONES
 HI DIARIO

REVISIÓN POR SISTEMAS

Respiratorio: Normal.
 NeuroPsiquiatrico: Normal.
 Organos de los sentidos: Normal.
 Cardiovascular: Normal.
 CardioPulmonar: Normal.
 Neurológico: Normal.
 Circulatorio: Normal.
 Hematopoyetico y Linfatico: Normal.
 Endocrinológico: Normal.
 Gastrointestinal: Normal.
 Renal: Normal.
 Genitourinario: Normal.
 Piel y Faneras: Normal.
 OsteoMuscular: Normal.
 Otros cuáles?: Normal.

TELEMETRIA 13/03/2020 DISTURBIO LENTO DIFUSO SEVERO DE LA ACTIVIDAD DE BASE CARACTERIZANDO TRAZADO ENCEFALOPATICO.

Dra. Johanna A. Chavez
 Neuropediatra
 CC 40325870 RM 70292007
 CONEFURO

Atendido por:

JOHANNA ANDREA CHAVEZ HERNANDEZ
 CC. 40325870
 NEUROPIEDIATRA

Reg Prof.

2 de 4

HISTORIA CLINICA

RESUMEN DE EXAMEN FISICO

DATOS DEL USUARIO

Nombre y Apellidos : FREYNER JOEL BRICEÑO IBÁÑEZ
 Identificación : 1090533756 Tipo Documento : TI
 Sexo : M Edad : 7 Años Fecha de Nacimiento : 19/06/2016
 Dirección: B. SAN MARTIN -VILLA DEL ROSARIO CRA 18N # 10-16 Teléfono: 3202830324 -
 Ocupación : MENOR DE EDAD Estado Civil : SOLTERO(A)
 Tipo de Usuario : Subsidiado Tipo de Afiliación : CABEZA FAMILIA
 Contrato : S NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO Nro Carnet:
 Entidad : NUEVA EPS S.A.

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

| FECHA | HORA | T. ART. | FREC. CARD. | FREC. RESP. | TEMP. | PESO | TALLA |
|---|-----------------------------------|---------|-------------|-------------|-------|------|-------|
| ACTIVIDAD EPILEPTIFORME INTERICTAL GENERALIZADA Y BIFOCAL LOCALIZADA EN LOS CUADRANTES POSTERIORES (TEMPORO PARIETO OCCIPITAL) INDEPENDIENTES CON PREDOMINIO DERECHO. SE PLANTEA QUE EL PACIENTE CURSA CON ENCEfalopatía EPILEPTICA. DRA LIZCANO. | | | | | | | |
| PEA 07/07/2019 | NORMAL. DR LIZARAZO | | | | | | |
| PEV 20/10/2019 | NORMAL. DR LIZARAZO | | | | | | |
| RMC 31/05/2019 | LISENCCEFALIA COMPLETA. DR GARCIA | | | | | | |

LABS 11/07/2019 TGP 7.8 TGO 25.8 TSH 1.4 NIVELES AVP MENOR A 2

LABS 10/01/2019 TSH 1.8 T4T 9.3 T3T 9.6

EXAMEN GENERAL

Oídos: Normal.
 Nariz: Normal.
 Boca: Normal.
 Cuello: Normal.
 Tórax: Normal.
 Abdomen: Normal.
 Genitourinario: Normal.
 Osteoarticular: Normal.
 Sistema Nervioso: Normal.
 Piel: Normal.
 Musculo - Esquelético: Normal.
 Neurológica - Esfera mental: Normal.
 CardioPulmonar: Normal.

EXÁMEN GENERAL:

PC: 45 CM MICROCEFALIA PESO: 14.5 KG TALLA 125

ALERTA, FENOTIPO AGRADABLE, A VECES FIJA LA MIRADA Y SIGUE EL ESTIMULO LUMINICO, NISTAGMO HORIZONTAL, NO BUSCA FUENTE SONORA, GUTURALES Y GRITOS, SIMETRIA FACIAL, LENGUA SIN FASCICULACIONES, GINGIVITIS, ESPASTICIDAD GENERALIZADA, RMT +/+//++++ SOSTEN CEFALICO PARCIAL, NO ROLOS, NO ELEVA MENTON EN VENTRAL, PULGAR ADUCTO BILATERAL. POSTURA CIFOTICA DORSAL, IMPRESIONA CURVATURA ESCOLIOTICA DORSOLUMBAR, NO OBSERVO MOVIMIENTOS ANORMALES

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

PACIENTE CON ENCEfalopatía EPILEPTICA FOCAL REFRACTARIA, PARALISIS CEREBRAL FUNCIONAL V, MICROCEFALIA, DEFICIT COGNITIVO GRAVE POR CLINICA, TRASTORNO DEL DESARROLLO CORTICAL - LISENCEFALIA. ETILOGIA GENETICA ?. ACTUAMENTE CON DISMINUCION DE LA FRECUENCIA ICTAL POSTERIOR A INICIO DE FENOBARBITAL. DEJO MISMA DOSIS DE ANTIEPILEPTICOS. INDICO ESTUDIOS DE CONTROL. RENUEVO VALORACIONES POR ESPECIALIDADES. EXPLICO CUADRO CLINICO. HAGO EDUCACION EN EPILEPSIA, EXPLICO EFECTOS ADVERSOS, CORRECTA ADMINISTRACION Y CONDICIONES DE RETIRO DE FAE. DEJO SIGNOS DE ALARMA. RESUELVO

Dra. Johanna A. Chavez H.
 Neuropediatra
 CC 40325870 RM. 70962007
CONEFRO

Atendido por: JOHANNA ANDREA CHAVEZ HERNANDEZ
 CC. 40325870 Reg Prof.
 NEUROPIEDIATRA

**HISTORIA CLINICA
RESUMEN DE EXAMEN FISICO**

DATOS DEL USUARIO

| | | | |
|----------------------|--|------------------|--------|
| Nombre y Apellidos : | FREYNER JOEL BRICEÑO IBÁÑEZ | | |
| Identificación : | 1090533756 | Tipo Documento : | TI |
| Sexo : | M | Edad : | 7 Años |
| Dirección: | B. SAN MARTIN -VILLA DEL ROSARIO CRA 18N # 10-16 | | |
| Ocupación : | MENOR DE EDAD | | |
| Tipo de Usuario : | Subsidiado | | |
| Contrato : | S NUEVA EPS S.A. SUBSIDIADO | | |
| Entidad : | NUEVA EPS S.A. | | |

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

| FECHA | HORA | T. ART. | FREC. CARD. | FREC. RESP. | TEMP. | PESO | TALLA |
|--|------|---------|-------------|-------------|-------|------|-------|
| DUDAS. REFIERE ENTENDER. | | | | | | | |
| CIE10: G405-SINDROMES EPILEPTICOS ESPECIALES | | | | | | | |

TRATAMIENTO:

OXCARBAZEPINA 2.5 CC CADA 12 HORAS 20.6 MGKDIA
 VIGABATRINA 1000 MGRS CADA 12 HRS 137 MGKDIA
 CLONAZEPAM TABLETAS 2 MG 1 MG 9 PM 0.06 MGKDIA
 FENOBARBITAL 50MG CADA 12 HORAS 6.8 MGKDIA

TGO TGP TSH T4L CM

NIVEL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA (ESPECÍFICA) - NIVELES SERICOS DE OXCARBAZEPINA CUPS 905801

MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO - TELEMETRIA 24 HORAS CUPS 891901

RX CADERA COMPARATIVA

RX COLUMNA TOTAL

VAL GENETICA - ACTUALIZO ORDEN

VAL EPILEPTOLOGIA - ACTUALIZO ORDEN

VAL FISIATRIA - ACTUALIZO ORDEN

TERAPIA FISICA, OCUPACIONAL Y LENGUAJE 80 SESIONES DE CADA UNA, 20 POR MES. FX 4M

PENDIENTE EXTRACCION DENTAL

CONTROL CON REPORTES

Dra. Johanna A. C.
 Neuropediatra
 CC 40325870 RM. 1709/2007
CONEURO



Atendido por: JOHANNA ANDREA CHAVEZ HERNANDEZ
 CC. 40325870 Reg Prof.
 NEUROPIEDIATRA

22 / FEBRERO

FECHA: 3/02/2021

ORDENES MEDICAS

Nombre y Apellidos : FREYNER JOEL BRICEÑO IBÁÑEZ

Identificación : RC - 1090533756

Entidad : COMPARTA EPS-S

Contrato: COMPARTA EPS-S

Nivel: 1

Dirección y Telefono : B. SAN MARTIN -VILLA DEL ROSARIO CRA 18N #

Sexo : M Edad : 4

FECHA - HORA

DESCRIPCION

PROFESIONAL

3/02/2021 - 16:21

CONTROL 6 MESES

JOHANNA ANDREA CHAVEZ
HERNANDEZ

Atendido por:

1 de 1

Dra. Johanna A. Chavez
Neuropediatra
c/ 10375-870 RM 7096/2007
CONEURO

Dirección: Calle 6 # 16-14
B/ Gramalote

celular: 320 28 30 324.

Acompaña: Nancy Ibáñez Prieto
c/c. 27. 894. 667.

ORDENES MEDICAS

Nombre y Apellidos : : FREYNER JOEL BRICEÑO IBÁÑEZ

Identificación : RC - 1090533756

Entidad : COMPARTA EPS-S

Contrato: COMPARTA EPS-S

Nivel: 1

Dirección y Telefono : B. SAN MARTIN -VILLA DEL ROSARIO CRA 18N #

Sexo : M

Edad : 4

FECHA - HORA

DESCRIPCION

PROFESIONAL

3/02/2021 - 16:18

PACIENTE CON ENCEFALOPATIA EPILEPTICA EPILEPSIA FOCAL
REFRACTARIA, PARALISIS CEREBRAL FUNCIONAL V, MICROCEFALIA, JOHANNA ANDREA CHAVEZ
RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO SEVERO , SECUNDARIO A
TRASTORNO DEL DESARROLLO CORTICAL - LISENCEFALIA. LO CUAL
CONSTITUYE UNA PATOLOGIA CRONICA IRREVERSIBLE QUE
REQUIERE CUIDADO PERMANENTE DE SU FAMILIA.

Dra. Johanna A. Chávez H.
Neuropediatra
C.C. 40.325.870 RM. 7096/2007
CONEURO

Atendido por:

1 de 1

**HISTORIA CLINICA
RESUMEN DE EXAMEN FISICO**

DATOS DEL USUARIO

| | | | |
|----------------------|--|-----------------------|----------------|
| Nombre y Apellidos : | FREYNER JOEL BRICEÑO IBAÑEZ | Tipo Documento : | RC |
| Identificación : | 1090533756 | Fecha de Nacimiento : | 19/06/2016 |
| Sexo : | M | Edad : | 4 Años |
| Dirección: | B. SAN MARTIN -VILLA DEL ROSARIO CRA 18N # 10-16 | Teléfono: | 3202830324-58 |
| Ocupación : | MENOR DE EDAD | Estado Civil : | SOLTERO(A) |
| Tipo de Usuario : | SUBSIDIADO | Tipo de Afiliación : | CABEZA FAMILIA |
| Contrato : | COMPARTA EPS-S | Nro Carnet : | |
| Entidad : | COMPARTA EPS-S | | |

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

| FECHA | HORA | T. ART. | FREC. CARD. | FREC. RESP. | TEMP. | PESO | TALLA |
|-----------|-------|---------|-------------|-------------|-------|------|-------|
| 3/02/2021 | 15:51 | 1 | 80 | 30 | 36 | 14 | 1 |

Servicio: 890375-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROPIEDIATRIA

MOTIVO DE CONSULTA:
SE SIGUE PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD ESTIPULADO POR MINISTERIO DE SALUD Y CONEURO SAS PARA EVITAR LA PROPAGACION DEL COVID-19. DURANTE LA ATENCION EL EQUIPO MEDICO UTILIZA EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL. RIGUROSO LAVADO DE MANOS.
-ACIENTE Y ACOMPAÑANTE UTILIZA TAPABOCAS DE TELA.

CONTROL - UNICA VISITA MAYO DE 2019

EDAD 4 AÑOS

ACOMPAÑANTE MAMÁ

EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA
RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO
PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA FUNCIONAL V + MICROCEFALIA
ALTERACION VISUAL Y AUDITIVA A CONFIRMAR

PRIMERA CRISIS A LOS 3 MESES EN VIGILIA, NISTAGMO HORIZONTAL, HIPERTONO GENERALIZADO, DE 1 SG DE DURACION, FRECUENCIA DIARIA HASTA 50. POSTERIOR AL AÑO HUBO CAMBIO SEMILOGICO, VERSION CEFALICA Y OCULAR, HIPERTONO GENERALIZADO, DE 1 MIN DE DURACION, OTRAS NISTAGMOS HORIZONTAL CON VERSION CEFALICA DERECHA DE 2-3 SEG DE DURACION, OTRAS VERSION OCULAR Y CEFALICA DERECHA SEGUIDO DE RISAS DE 3 SG DE DURACION, FRECUENCIA DIARIA HASTA 8 AL DIA. MAXIMO LIBRE DE CRISIS 3 MESES, ULTIMA CRISIS ENERO 2021

EN SEGUIMIENTO POR EPILEPTOLOGIA, NUTRICION, FISIATRIA, PEDIATRIA

OXCARBAZEPINA 2.5 CC CADA 12 HORAS 21.4 MGKDIA
VIGABATRINA 1000 MGRS CADA 8 HRS 214 MGKDIA
*ONAZEPAM TABLETAS 2 MG 1 MG 8 PM 0.07 MGKDIA

RECUENTO FARMACOLOGICO
ACIDO VALPROICO INICIADO A LOS 3 MESES
AVP + CLONAZEPAM INICIADO AL 1 DE EDAD
AVP + CLBZ + VIGABATRINA INICIADO A LOS 2 AÑOS
OXCARBAZEPINA + VIGABATRINA + CLONAZEPAM INICIADA EN 2019

Dra. Johanna A. Chávez H.
Neuropediatra
c/ 40325.870 RM. 7096/2007
CONEURO

Atendido por:

JOHANNA ANDREA CHAVEZ HERNANDEZ
CC. 40325870

Reg Prof.

1 de 3

**HISTORIA CLINICA
RESUMEN DE EXAMEN FISICO**

DATOS DEL USUARIO

| | | | | |
|----------------------|--|---------------|-----------------------|-----------------------------|
| Nombre y Apellidos : | FREYNER JOEL BRICEÑO IBÁÑEZ | | Tipo Documento : | RC |
| Identificación : | 1090533756 | | Fecha de Nacimiento : | 19/06/2016 |
| Sexo : | M | Edad : 4 Años | Teléfono: | 3202830324-58 4002756455 |
| Dirección: | B. SAN MARTIN -VILLA DEL ROSARIO CRA 18N # 10-16 | | Estado Civil : | SOLTERO(A) |
| Ocupación : | MENOR DE EDAD | | Tipo de Afiliación : | CABEZA FAMILIA |
| Tipo de Usuario : | SUBSIDIADO | | Nro Carnet : | |
| Contrato : | COMPARTA EPS-S | | | |
| Entidad : | COMPARTA EPS-S | | | |

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

| FECHA | HORA | T. ART. | FREC. CARD. | FREC. RESP. | TEMP. | PESO | TALLA |
|-------|------|---------|-------------|-------------|-------|------|-------|
|-------|------|---------|-------------|-------------|-------|------|-------|

ENFERMEDAD ACTUAL:

ANTECEDENTES

4 GESTA, VIVOS 4, CNP +, STORCH NEG, VIH NEG, SIFILIS NEG, NO PATOLOGIA GESTACIONAL, PARTO CESAREA POR ITERATIVA, LLANTO SPONTANEO PESO 2900, TALLA 49, NO UCIN, NO ICTERICIA C 3 M, ROLOS 3 M, SEDENTE AUN NO, ARRASTRE AUN NO, AGARRES AUN NO, MONOSILABOS 12M MA, NO, AY, NO VUELTOS A DECIR, NO ATIENDE AL NOMBRE, NO BUSCA FUENTE SONORA, DEPENDIENTE TOTAL EN ABC Y AVD ALERGIA NIEGA, CX NIEGA, CONVULSIONES MENCIONADAS, ULTIMA HOSPITALIZACION AL AÑO DE EDAD ANT FAM NIEGA EPILEPSIA, NIEGA RM, NIEGA DISCAPACIDAD FISICA ALIMENTACION TODOS LOS GRUPOS, BLANDOS, HUMEDOS Y ALGUNOS TROZOS PEQUEÑOS, NIEGA ATORAMIENTOS SUEÑO SIN INTERRUPCIONES HI DIARIO

REVISIÓN POR SISTEMAS

TELEMETRIA 13/03/2020 DISTURBIO LENTO DISFUSO SEVERO DE LA ACTIVIDAD DE BASE CARACTERIZANDO TRAZADO ENCEFALOPATICO. ACTIVIDAD EPILEPTIFORME INTERICTAL GENERALIZADA Y BIFOCAL LOCALIZADA EN LOS CUADRANTES POSTERIORES (TEMPORO PARIETO OCCIPITAL) INDEPENDIENTES CON PREDOMINIO DERECHO. SE PLANTEA QUE EL PACIENTE CURSA CON ENCEFALOPATIA EPILEPTICA. DRA LIZCANO.

PEA 07/07/2019 NORMAL. DR LIZARAZO

PEV 20/10/2019 NORMAL. DR LIZARAZO

RMC 31/05/2019 LICENCEFALIA COMPLETA. DR GARCIA

LABS 11/07/2019 TGP 7.8 TGO 25.8 TSH 1.4 NIVELES AVP MENOR A 2

LABS 10/01/2019 TSH 1.8 T4T 9.3 T3T 9.6

EXÁMEN GENERAL:

PC: 43 CM MICROCEFALIA PESO: 14 K
ERTA

NOTIPO AGRADABLE, A VECES FIJA LA MIRADA Y SIGUE EL ESTIMULO LUMINICO, NISTAGMO HORIZONTAL, NO BUSCA FUENTE SONORA, GUTURALES+ Y GRITOS

SIMETRIA FACIAL

LENGUA SIN FASCICULACIONES

ESPASTICIDAD GENERALIZADA

RMT +++/++++

NO SOSTEN CEFALICO, NO ROLOS, NO ELEVA MENTON EN VENTRAL, PULGAR ADUCTO BILATERAL

Dra. Johanna A. Chávez H.
Neuropediatra
CC 40325.870 RM. 7096/2007
CONEURO

Atendido por:

JOHANNA ANDREA CHAVEZ HERNANDEZ

CC. 40325870

Reg Prof.

2 de 3

**HISTORIA CLINICA
RESUMEN DE EXAMEN FISICO**

DATOS DEL USUARIO

| | | | | | |
|----------------------|--|--------|-----------------------|----------------|---|
| Nombre y Apellidos : | FREYNER JOEL BRICEÑO IBAÑEZ | | Tipo Documento : | RC | |
| Identificación : | 1090533756 | | Fecha de Nacimiento : | 19/06/2016 | |
| Sexo : | M | Edad : | 4 Años | Teléfono: | 3202830324--58 4002700455 |
| Dirección: | B. SAN MARTIN -VILLA DEL ROSARIO CRA 18N # 10-16 | | Estado Civil : | SOLTERO(A) | |
| Ocupación : | MENOR DE EDAD | | Tipo de Afiliación : | CABEZA FAMILIA | |
| Tipo de Usuario : | SUBSIDIADO | | Nro Carnet : | | |
| Contrato : | COMPARTA EPS-S | | | | |
| Entidad : | COMPARTA EPS-S | | | | |

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

| FECHA | HORA | T. ART. | FREC. CARD. | FREC. RESP. | TEMP. | PESO | TALLA |
|-------|------|---------|-------------|-------------|-------|------|-------|
|-------|------|---------|-------------|-------------|-------|------|-------|

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

PACIENTE CON ENCEFALOPATIA EPILEPTICA EPILEPSIA FOCAL REFRACTARIA, PARALISIS CEREBRAL FUNCIONAL V, MICROCEFALIA, RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO SEVERO, SECUNDARIO A TRASTORNO DEL DESARROLLO CORTICAL - LISENCEFALIA. DEJO MISMA DOSIS DE FAE. EXPLICO CUADRO CLINICO. HAGO EDUCACION EN EPILEPSIA, EXPLICO EFECTOS ADVERSOS, CORRECTA ADMINISTRACION Y CONDICIONES DE RETIRO DE FAE. DEJO SIGNOS DE ALARMA. RESUELVO DUDAS. REFIERE ENTENDER.
**E10: G405-SINDROMES EPILEPTICOS ESPECIALES

TRATAMIENTO:

OXCARBAZEPINA 2.5 CC CADA 12 HORAS 21.4 MGKDIA. CUENTA CON MEDICAMENTO
 VIGABATRINA 1000 MGRS CADA 8 HRS 214 MGKDIA CUENTA CON MEDICAMENTO
 CLONAZEPAM TABLETAS 2 MG 1 MG 8 PM 0.07 MGKDIA CUENTA CON MEDICAMENTO
 PENDIENTE VAL GENETICA

PENDIENTE APLICACION DE TOXINA BOTULINICA

PENDIENTE CONTROL EPILEPTOLOGIA

VAL JUNTA MULTIDISCIPLINARIA PARA REALIZACION DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SEGUNDA ORDEN
 CONTROL 6 MESES

Dra. Johanna A. Chávez H.
Neuropediatra
 C.C. 401325.870 RM. 7096/2007
CONEURO

Atendido por:

JOHANNA ANDREA CHAVEZ HERNANDEZ
 CC. 40325870

Reg Prof.

3 de 3



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 | TI |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1090533756 |
| NOMBRES | FREYNER JOEL |
| APELLIDOS | BRICEÑO IBÁÑEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | NORTE DE SANTANDER |
| MUNICIPIO | VILLA DEL ROSARIO |

Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|----------------|------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| ACTIVO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 10/08/2021 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---------------------|------------------------|---------------------|----------------|
| Fecha de Impresión: | 07/31/2024 14:47:22 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---------------------|------------------------|---------------------|----------------|

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

Fecha de consulta:

30/07/2024

Ficha:

54874870555600001910



Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: FREYNER JOEL

Apellidos: BRICEÑO IBÁÑEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1090533756

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 11/06/2021

Última actualización ciudadano: 11/06/2021

Última actualización vía registros administrativos:

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:

Astrid María Mendoza Cuentas

Dirección:

Carrerra 7 No. 4-71 Barrio Centro

Teléfono:

5701220 - 5700873 - 5700317

Correo Electrónico:

sisben@villarosario.gov.co

REPORTE NUEVA SOLICITUD EN TRAMITE



Fecha Creación 31/07/2024 02:26:50 p.m.

Creado Por DIANA PAOLA SIERRA SIERRA

NORTE DE SANTANDER
VILLA DEL ROSARIO

54
54874

No. solicitud
54874870555600001910

DATOS DEL SOLICITANTE

| | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|--|
| Primer nombre NANCY | Segundo nombre | Primer apellido IBAÑEZ | Segundo apellido PRIETO | Sexo FEMENINO |
| Extranjero NO | Tipo de documento CÉDULA DE CIUDADANÍA | Documento 27894667 | Fecha de nacimiento 09/03/1980 | Fecha de expedición doc. 22/06/2000 |
| País COLOMBIA | Departamento NORTE DE SANTANDER | Municipio VILLA DEL ROSARIO | Correo electrónico N | |
| Dirección CALLE 6 14-16 GRAMALOTE | | | | Teléfono 3202830324 |

DETALLE DE LA SOLICITUD

¿El solicitante puede aportar información para la solicitud?

SI

¿El sistema genera alerta de actualización por cambio de edad?

SI

¿Qué información de la encuesta desea modificar?

Identificación

Datos de vivienda

Datos de hogar

Datos de personas

Primer nombre

PERSONAS DEL HOGAR SOLICITANTE

| Orden | 1º Nombre | 2º Nombre | 1º Apellido | 2º Apellido | Documento | Retiro | Inclusión | Mod. |
|-------|-----------|-----------|-------------|-------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1 | NANCY | | IBAÑEZ | PRIETO | C.C. 27894667 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | FREYNER | JOEL | BRICEÑO | IBAÑEZ | T.I. 1090533756 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE

El DNP actuará como responsable del tratamiento de datos personales, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la entidad. La información registrada en el Sisbén y los datos personales serán utilizados para orientar las políticas sociales del Gobierno.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada es verdadera y se brinda de forma voluntaria, y autorizo a que sea verificada con otras fuentes de información, y que se actualice de forma automática a través del cruce con registros administrativos u otras fuentes que el DNP defina. Cualquier presunta falsedad identificada a través de cruces con bases de datos generará la exclusión del Sisbén, independientemente de las acciones legales a que haya lugar.

Autorizo que el resultado de la presente solicitud o en su defecto las observaciones que se formulen sean notificadas a la dirección de correo electrónico señaladas en la sección "informante calificado del hogar".

¿ESTÁ DE ACUERDO?

Sí

No

Firma del Solicitante

Huella Índice Derecho

Observaciones



El futuro
es de todos

DNP
Departamento
Nacional de Planeación



Grupo epm

Tu Información

Nombre: J.rodriguez
 Dirección: CII 6 14-16
 Barrio: Gramalote
 Clase de Servicio: Residencial
 Ruta: 105 01512270660

Ciudad: Villa Del Rosario
 Estrato 2
 Tarifa: Generica

Tu número de cliente: **108796**Documento equivalente a factura N° - **1072779211**

Fecha de emisión: Marzo 13/2024

Tu último pago fué:

21/FEB/2024

Pagaste:

\$176,290



¡Felicitaciones estas al día en tu pago!

Escanea y paga!

Periodo facturado 09/FEB/2024 a 08/MAR/2024

Fecha de vencimiento

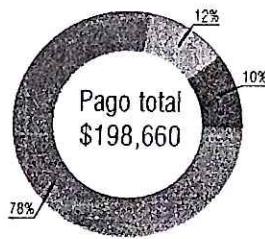
Pago oportuno hasta:
27/MAR/2024

Días Facturados

Pago con recargo hasta:
04/ABR/2024**29**

Servicios Facturados

| | | |
|--|-------------------|-----------|
| | Energía | \$154,814 |
| | Asco | \$20,758 |
| | Alumbrado Público | \$23,088 |



Contáctanos a través de la línea de atención 01 8000 414115

Reporte de daños en Norte de Santander al 115 - #515 Sur de Cesar y de Bolívar

Síguenos en nuestras redes sociales

 Descarga la app CENS www.cens.com.co

Con este número puedes hacer trámites y pagos

P.
002.
IVA.Reporta daños y emergencias
marcando gratisNúmero de
cliente:**108796**
018000 414 115 ó al 115

Si aún no has realizado el cambio de cuenta provisional a definitiva, acércate a nuestras oficinas de atención y actualiza este trámite.

Verifica si tu cuenta
es provisional aquí

Servicios Facturados

 \$154,814 \$20,758 \$23,088

Por tus servicios pagas

\$198,660

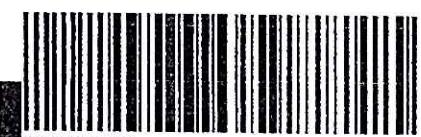


Este mes, no pudimos
realizar la toma de lectura
a tu medidor, por esta
razón te facturamos por
promedio.

Si necesitas reportar una foto de tu
lectura actual al botón
consumo.promedio@cens.com.co
en la hora
WhatsApp 323 2728536

Escanea y reporta
tu lectura

ano al **Medio Ambiente**
factura por **correo electrónico**
iresa a www.cens.com.co

Por tus
servicios pagas

\$ 198,660

