

CC 12724353 HIGINIO MARTINEZ SUAREZ

Datos del Registro de Autorización

Fuente de Recursos

Recursos propios - Municipio Villa del Rosario (MU-54874) - Contrato

Causa Autorización

1. Primera Valoración

Entidad Valoradora Asignada

IPS PROGRESANDO EN SALUD SAS Id: 5457

Tipo Valoración

Consultorio 2024 (2024-01-01 a 2024-12-31) id:1818

Observaciones

DIAGNOSTICOS: S682



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1270088



A-2510000-00298843-M-0012724353-20110506 0026879895A 2 30164108



Clínica Medical Durante
Trabajando con tu salud familiar

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: HIGINIO MARTINEZ SUAREZ	IDENTIFICACION: CC 12724353	HC: 12724353 - CC
POBLACIÓN VULNERABLE:	PERTENENCIA ETNICA:	
FECHA DE NACIMIENTO: 20/3/1954	EDAD: 68 Años	SEXO: M TIPO AFILIADO: Beneficiario
RESIDENCIA: AC 1 AC 1 1 1	NORTE DE SANTANDER-VILLA DEL ROSARIO	TELEFONO: CELULAR: 3228832766
EMAIL: NO TIENE	OCCUPACION: COMERCIANTE	
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
FECHA INGRESO: 17/11/2022 - 07:46:46	FECHA EGRESO: 17/11/2022 - 08:59:33	CAMA:
DEPARTAMENTO: 010118 - CONSULTA EXTERNA - MD	SERVICIO: AMBULATORIO	
PLAN: NUEVA EPS-SUBSIDIADO+44 2022(C.MEDICAL DUARTE)		
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A)		a75181c4f1a88d989738a45d03c93538
Imprimió: MERCEDES MAGAILANES CAUSADO - mercedes.magallanes Fecha Impresión: 2022/11/17 - 09:08:54		

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL	
2022-11-17	08:50	carlos.farelo - CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO MOTIVO DE CONSULTA : SECUELA DE AMPUTACION DE DEDOS DE MANO DERECHA DE 10 MESES DE EVOLUCION, TTO QX EN SAN CRISTOBAL, SE LE ORDENÓ TERAPIA FISICA., ENFERMEDAD ACTUAL : REFIERE QUE NO LE MEJORÓ MUCHO LA MOVILIDAD CON LA TERAPIA. SE LE HABIA PROPUESTO SI NO MEJORABA COPR LAS TERPIAS FISICA, ATRODESIS DE IF.

ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES	OP	DETALLE
ANTECEDENTES	OP	DETALLE
Alergicos	NO	NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES--	DETALLE												
Alergicos	<table border="1"> <thead> <tr> <th>OP</th> <th>TIPO</th> <th>DETALLE</th> <th>F. REGIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>P</td> <td>NO</td> <td>2022-07-07</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>F</td> <td>NO</td> <td>2022-07-07</td> </tr> </tbody> </table>	OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS	NO	P	NO	2022-07-07	NO	F	NO	2022-07-07
OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS										
NO	P	NO	2022-07-07										
NO	F	NO	2022-07-07										
Alimentacion													
Cardiovascular													
Cerebro vascular													
Crecimiento y Desarrollo													
Hospitalarios													
Infecciosos													
Inmunologicos													
Metabolicos													
Otros													
Pediatricos													
Quirurgicos													
Respiratorio													
Toxicos													
Transfusionales													
Traumaticos													

EXAMEN FISICO

PROFESIONAL: CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO		FECHA: 2022-11-17 .
SISTEMA	ESTADO	OBSERVACIONES
OsteoMuscular (8)	ANORMAL	MANO DERECHA SECUELA DE AMPUTACION DE 4TO Y 5TO DEDO, 3ER DEDO CON CICATRIZ AHDERIDA RETRAIDA, CON RIGIDEZ ARTICULAR EN IF, 2DO DEDO MOVILIDAD DE IF PROXIMAL DE 45 °.

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION
S682	AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)	RESUELTO	

RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO	
FECHA	RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO
2022-11-17	08:53 carlos.farelo - CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA SE LE EXPLICA LA CIRUGIA Y LAS POSIBLES SECUELAS QUE LE PUEDE QUEDAR (INFECCION LOCAL-SISTEMICA, RIGIDEZ, DEFORMIDAD, LIMITACION FUNCIONAL, DOLOR, DISESTESIAS, HIPOESTESIAS, ANESTESIA, REINTERVENCION QX, PARO CARDIO RESPIRATORIO, MUERTE, RECHAZO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS, NO UNION DE FRACTURA) LO ENTIENDE Y LO ACEPTA.

CONSOLIDADO ORDENES MEDICAS DE APOYOS DIAGNOSTICOS 1.1			
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	FECHA/HORA EVOLUCION
LABORATORIOS	902210	HEMOGRAMA IV HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA AUTOMATIZADO	2022/11/17 - 08:53:46
	Observacion:		
	Orden Profesional	CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO	
	Diagnosticos Presuntivos		

SOLICITUD AMBULATORIA			
PROFESIONAL: CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO CC - 72128974 T.P 72128974			
LABORATORIOS	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	2022/11/17 - 08:53:59
	Observacion:		
	Orden Profesional	CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO	
	Diagnosticos Presuntivos		

SOLICITUD AMBULATORIA			
PROFESIONAL: CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO CC - 72128974 T.P 72128974			
LABORATORIOS	903856	NITROGENO UREICO	2022/11/17 - 08:54:12
	Observacion:		
	Orden Profesional	CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO	
	Diagnosticos Presuntivos		

SOLICITUD AMBULATORIA			
PROFESIONAL: CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO CC - 72128974 T.P 72128974			
LABORATORIOS	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	2022/11/17 - 08:54:27
	Observacion:		
	Orden Profesional	CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO	
	Diagnosticos Presuntivos		

SOLICITUD AMBULATORIA			
PROFESIONAL: CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO CC - 72128974 T.P 72128974			
LABORATORIOS	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA TP	2022/11/17 - 08:54:36

Observacion:	
Orden Profesional	CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO
Diagnosticos Presuntivos	

SOLICITUD AMBULATORIA

PROFESIONAL: CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO CC - 72128974 T.P 72128974

LABORATORIOS	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL TTP	2022/11/17 - 08:54:45
	Observacion:		
	Orden Profesional	CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO	
	Diagnosticos Presuntivos		

SOLICITUD AMBULATORIA

PROFESIONAL: CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO CC - 72128974 T.P 72128974

OTROS	895100	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	2022/11/17 - 08:55:01
	Observacion:		
	Orden Profesional	CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO	
	Diagnosticos Presuntivos		

SOLICITUD AMBULATORIA

PROFESIONAL: CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO CC - 72128974 T.P 72128974

IMAGENOLOGIA RADIOLOGICA	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX P.A. O A.P. Y LATERAL DECUBITO LATERAL OBLOCUAS O LATERAL	2022/11/17 - 08:55:16
	Observacion:		
	Orden Profesional	CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO	
	Diagnosticos Presuntivos		

SOLICITUD AMBULATORIA

PROFESIONAL: CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO CC - 72128974 T.P 72128974

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS SOLICITADOS					
TIPO	CARGO	DESCRIPCION	CANTIDAD SOLICITADA	FECHA/HORA	EVOLUCION
CONSULTA, MONITORIZACION Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	1	17/11/2022 - 08:45:57	
	Observacion:				
	Diagnosticos Presuntivos				

ORIGEN DE LA ATENCION

Enfermedad general

FINALIDAD DE LA ATENCION

No aplica

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO	SERVICIO
S682	AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)	AMBULATORIO

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACION

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA INSUMOS



PROFESIONAL: CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO

CC - 72128974 - T.P 72128974

ESPECIALIDAD - TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA

Imprimió: MERCEDES MAGAILANES CAUSADO - mercedes.magallanes

Fecha Impresión: 2022/11/17 - 09:08:55

Página 1

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS



Solicitada el: 17/11/2022 10:54:49 No. Solicitud: NO REPORTADO
Autorizada el: 17/11/2022 10:56:11 No. Autorización: (POS - 8365) P016 - 191888570
Impresa el: 17/11/2022 10:56:12 Código EPS: EPS037

Affiliado: CC.12724353 MARTINEZ SUAREZ HIGINIO Fecha Nacimiento: 20/03/1954 Tipo afiliado: BENEFICIARIO (SISBEN-1)
Edad: 60 Departamento: NORTE DE SANTANDER Municipio: VILLA DEL ROSARIO 874
Dirección Afiliado: KDX 19 GALAN Teléfono celular afiliado: 3023630975 Correo electrónico:
Teléfono afiliado: (7) - 3023630975
I.P.S. Primaria: SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL LOCAL JORGE CR

Solicitado por: SUBSIDIADO-MEDICAL DUARTE ZF S.A.S. - CLINICA MEDICAL DUARTE
Nit: 900470642-9 Código: 540010234901
Dirección: AVENIDAD LIBERTADORES N° 0-71 BARRIO LAS E Departamento: NORTE DE SANTANDER 54 Municipio: CUCUTA 001
Teléfono: (7) - 5752938-5958589

Ordenado por: ANILLO QUINTERO QUINTERO JULIO ALFONSO
Remitido a: SUBSIDIADO-MEDICAL DUARTE ZF S.A.S. - CLINICA MEDICAL DUARTE
Nit: 900470642 - 9 Código: 540012034801
Dirección: AVENIDA LIBERTADORES N° 0-71 BARRIO LAS
Departamento: NORTE DE SANTANDER 54 Municipio: CUCUTA 001
Teléfono: (7) - 5752938-5955859

Ubicación del paciente: CONSULTA EXTERNA
Origen: ENFERMEDAD GENERAL

CÓDIGO	CANT.	DESCRIPCIÓN
868507	1	PLASTIA EN Z EN CADA DEDO DE LA MANO O DEL PIE
812002	1	ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO CON INJERTO (UNA O MAS)

Afirmado no cancela ningún valor por concepto de Pago Moderador o Copago

Manolo Integral segun guia: NC

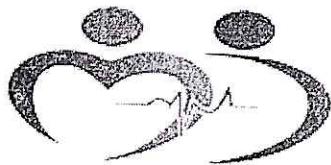
Firma Afiliado o Acudiente

Autorizado: YEINNY KATHERIN RINCON GARCIA
Teléfono: _____
Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Cargo o Actividad: _____

Valido por 180 días a partir de la fecha de Autorización

* * Referencia - Cuenta Medica: P016-240535893
Registro impreso por: YEINNY KATHERIN RINCON GARCIA



TARJETA DE PRESENTACIÓN DE CIRUGIAS A PROGRAMAR

Clínica Medical Duarte
Trabajamos con sentido humano**I. Identificacion del paciente**

Nombre del paciente	HIGINIO MARTINEZ SUAREZ				
Identificacion	CC	12724353	EDAD: 68 AÑOS	FECHA SOLICITUD:	17-11-2022
Programa / Empresa	NUEVA EPS-SUBSIDIADO+44 2022(C.MEDICAL DUARTE)/1		Municipio	VILLA DEL ROSARIO	

II. Informacion Básica

Tipo de Usuario	Ubicacion:	AMBULATORIO	Telefonos:	3228832766	Acudientes	SI
Actualmente Activo	Copagos					

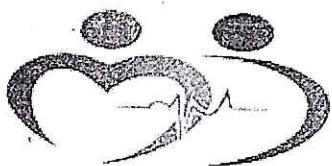
III. Necesidades pre-quirurgicas

Exámenes Completos	NO	Valoraciones Adicionales	NO	
Valoración pre	NO			
Requiere Anestesiologo	NO	Tipo Preparación	AYUNO	
Requerimientos Especiales	UCIA : NO UCIP : NO HOSPI PRE O POST : NO SANGRE : NO INJERTOS OSEOS : NO NA : SI SET DE MINIGRAMENTO DE 1,7 Y 2,3 MM,MINISIERRA			
	Tiempo quirurgico 2:00			

IV. Informacion del Procedimiento

Diagnóstico	Cargo	Descripción
	S682	AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)
Procedimientos Quirúrgicos	Cargo	Descripción
	868507	PLASTIA EN Z EN CADA DEDO DE LA MANO O DEL PIE
	812802	ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO CON INJERTO UNA O MAS

CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO			
FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE		FIRMA Y SELLO COORDINADOR DE PROGRAMA	



Clínica Medical Duarte

Trabajamos con sentido humano

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICO QUIRURGICO

FECHA: 2022-11-17

HC.No: 12724353

A. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO: HIGINIO MARTINEZ SUAREZ		No. Identificación CC 12724353	
EDAD :68 Años	GENERO : MASCULINO(X) FEMENINO()	SERVICIO : AMBULATORIO	EMPRESA : NUEVA EPS-SUBSIDIADO+44 2022(C.MEDICAL DUARTE)/1
NOMBRE TECNICO DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR:			
868507, PLASTIA EN Z EN CADA DEDO DE LA MANO O DEL PIE 812802, ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO CON INJERTO UNA O MAS			
ESPECIALIDAD			
TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA			

B. DECLARACION DEL PACIENTE

- 1-. Comprendo la naturaleza de mi enfermedad.
- 2-. Se me ha explicado de manera clara y sencilla acerca de mi enfermedad, las diferentes alternativas de manejo, tratamiento o procedimiento médico quirúrgico de acuerdo con mi condición mental y de salud actual.
- 3-. Se me ha explicado y he entendido la naturaleza y propósito del procedimiento que se me realizará; que consistirá en:

MANO DERECHA PLASTIA ENZ DE CICATRIZ+ARTRODESIS DE IF CON INJERTO OSEO.

- 4-. De manera clara, se me ha explicado y he entendido sobre los beneficios y también sobre los riesgos inherentes al procedimiento que pueden presentarse durante la práctica del procedimiento, y/o en el post-operatorio, mediano o tardío, que consiste en:

INFECCION LOCAL-SISTEMICA,RIGIDEZ,DEFORMIDAD,LIMITACION FUNCIONAL,DOLOR,DISESTESIAS,HIPOESTESIAS,ANESTESIA,REINTERVENCON QX,PARO CARDIO RESPIRATORIO,MUERTE,RECHAZO DE MATERIAL D OSTEOSINTESIS,NO UNION DE FRACTURA.

5. Sé me ha explicado y he entendido, sobre las complicaciones propias del procedimiento quirúrgico que se me va a realizar.

INFECCION LOCAL-SISTEMICA,RIGIDEZ,DEFORMIDAD,LIMITACION FUNCIONAL,DOLOR,DISESTESIAS,HIPOESTESIAS,ANESTESIA,REINTERVENCON QX,PARO CARDIO RESPIRATORIO,MUERTE,RECHAZO DE MATERIAL D OSTEOSINTESIS,NO UNION DE FRACTURA.

- 6-. Se me ha explicado y he entendido, sobre los riesgos y complicaciones que pueden presentarse por la no realización de dicho procedimiento.
- 7-. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento.
- 8-. Se me ha aclarado todas las dudas con respecto a mi enfermedad y sobre le procedimiento que se me va realizar.
- 9-. Así mismo, teniendo en cuenta la situación actual sobre la enfermedad del Coronavirus o también llamado Covid -19, su expansión, la gravedad y, el cuándo se trata de un caso sospechoso o confirmado de Coronavirus, su presentación clínica, signos, síntomas, modo y forma de contagio, medidas para contenerla, posibilidad de sufrir la enfermedad, sus complicaciones y, que puede llegar hasta la muerte mientras permanezca en un ambiente hospitalario. Me han dado la oportunidad y el tiempo suficiente para aclarar dudas hacer preguntas relacionadas con la enfermedad Covid -19, las cual me ha sido necesario e indicado por el médico, así mismo, he sido advertido(a), sobre el alto riesgo de contagio durante la realización del procedimiento aclaradas de manera satisfactoria por el médico, así mismo, he sido advertido(a), sobre el alto riesgo de contagio durante la realización del procedimiento.
- 10-. Declaro que soy mayor de edad y que me encuentro en pleno uso de mis capacidades mentales, y no actúo bajo presión alguna.
- 11-. Se me ha informado que el procedimiento que se me va a practicar, estará a cargo del cirujano que se encuentre de turno, o que este programado para el día en que se me vaya a realizar el procedimiento. Así mismo, en caso de urgencia o paciente hospitalizado, la intervención estará a cargo del cirujano o cirujana especialista de turno.

Autorizo al personal médico y paramédico de Clínica Medical Duarte, para realizar el procedimiento antes descrito y todos los procedimientos complementarios que sean necesarios según mi condición clínica, y los exonerio de cualquier responsabilidad en caso de presentarse complicaciones sean necesarias en beneficio de la recuperación de mi estado de salud. Autorizo para que los profesionales que participen en mi intervención dispongan respeten las siguientes condiciones (Si no existen condiciones escribe ninguna)

C. DECLARACION DEL PROFESIONAL

Manifiesto que he informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, como también de las otras alternativas de tratamiento y procedimiento, posibles y eventuales riesgos, intraoperatorio, o en el post-operatorio, y de los resultados que se esperan del mismo.

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE	No. Identificación
HIGINIO MARTINEZ SUAREZ	CC 12724353
NOMBRE Y APELLIDO DEL TESTIGO	No. Identificación
Parentesco	
NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO	No. Identificación
CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO	CC-72128974
Registro Médic No.	Especialidad
72128974	TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA

D. DECLARACION DE PERSONAS CON INCAPACIDAD DE DECISION O MENOR DE EDAD

El paciente HIGINIO MARTINEZ SUAREZ ha sido considerado incapaz de autorizar, o tomar por si mismo la decisión de aceptar, o rechazar el procedimiento que se debe practicar.

El medico me ha explicado de manera clara, en que consiste el procedimiento, sobre los riesgos, beneficios y posibles complicaciones. He entendido a cabalidad lo que el medico me ha explicado de manera clara.

En virtud de lo anterior

© 2010 Pearson Education, Inc., publishing as Pearson Addison Wesley.

Doy mi consentimiento, y autorizo, para que el equipo medico especialista de Clinica Medical Puerto, y el personal auxiliar que (s) intervenga en la ejecución de la cirugía, realice la intervención quirúrgica.

Nombre y Apellido del Tutor y/o Familiares (En caso de que se trate de un menor de edad, deberá firmar mínimo uno de los padres o tutores)

NOMBRE Y APELLIDO DEL TUTOR y/o FAMILIAR (en caso de que se trate de un menor de edad, deben firmar mínimo uno de los padres del paciente)	
NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE	IDENTIFICACION No.
NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE	IDENTIFICACION No.
NOMBRE Y APELLIDO TUTOR y/o FAMILIAR	IDENTIFICACION No.

Declaro que:

He sido advertido por el equipo medico de Clinica Medical Duarte, que en el evento en que solicite, o que el paciente requiera otro tipo de procedimiento adicional, que no se derive del previamente autorizado, y que no se encuentre dentro del programa o entidad a la cual se encuentre afiliado el paciente, los costos que este supone, deben ser asumidos por el usuario o afiliado.

He sido informado del procedimiento que se va a realizar, de los beneficios y riesgos inherentes al mismo; e igualmente sobre las autorizaciones y trámites administrativos absolutamente necesarios para la práctica del(las) procedimiento(s) ordenado(s) con el medico tratante mencionado.

E RIECCOS

Teniendo en cuenta que durante la realización de cualquier procedimiento médico quirúrgico, se puedan presentar sangrados mínimos o abundantes que requieren transfusiones de sangre, o de sus derivados, le informamos que para usted sería muy sano contar con DONANTES de sangre familiares o conocidos, teniendo en cuenta los beneficios y ventajas inmunológicas que le representan, con la advertencia de que los costos de los análisis o pruebas que se deben realizar previamente a la sangre donada, son asumidos por Clínica Medical Duarte, toda vez que la institución cuenta con Banco de Sangre, Laboratorio Clínico y personal calificado para brindar información completa a los posibles donantes.

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO EN SU TOTALIDAD EL CONTENIDO DEL DOCUMENTO, Y QUE EN VIRTUD DE ELLA PROSCO A FIRMAR.

FIRMA DEL PACIENTE
CC. N°

**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O
ACUDIENTE
CC. No**

PARENTESCO

**FIRMA DEL TESTIGO
CC. N°**

PARENTESCO

**NO ACEPTO
FIRMA DEL PACIENTE
CC. N°**

FIRMA DEL MEDICO
CARLOS DANIEL FARELO QUINTERO
TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA
REG.MED.72128974

CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 02/06/2022

INGRESO : 876486

MARTINEZ SUAREZ HIGINIO

CC - 12724353

Edad : 68 Años 2 Meses 13 Días

Sexo : Masculino

Nacimiento : 20/03/1954

Teléfono : 3012219156

Dirección : KDX 19 GALAN

Empresa : NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)

CAUSA EXTERNA: 13 - Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA

MOTIVO CONSULTA: REFIERE HACE 6 MESES TUVO ACCIDENTE EN UN TRAPICHE EN VZLA, TUVO QX RECONSTRUCTIVA
REFIERE NO PUEDE MOVER LOS DEDOS,ENFERMEDAD ACTUAL : REFIERE HACE 6 MESES TUVO ACCIDENTE EN UN TRAPICHE EN VZLA, TUVO QX RECONSTRUCTIVA
REFIERE NO PUEDE MOVER LOS DEDOS,

PARACLINICOS : 29-05-2022 RX MANO DERECHA

HALLAZGOS:

AUSENCIA COMPLETA DE FALANGE DISTAL , Y PARCIAL DE FALANGE MEDIA DEL QUINTO DEDO.
AUSENCIA COMPLETA DE FALANGE DISTAL Y MEDIA DEL CUARTO DEDO , Y PARCIAL DE FALANGE PROXIMAL DEL CUARTO DEDO.
OSTEOPENIA DIFUSA DE LAS ESTRUCTURAS OSEAS.
NO DETECTO OTRA ALTERACION ASOCIADA.

ANTECEDENTES :

QUIRÚRGICOS: NO REFIERE

TRAUMÁTICOS: TRAUMA DE MANO

HOSPITALIZACIONES: TRAUMA DE MANO

PATOLÓGICOS: NO REFIERE

REVISION 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 CUALES? (Normal).

SIGNOS VITALES

Peso : 59 kg

Temperatura : 37 °C

Presión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Talla : 164 cm

Frecuencia Respiratoria : 18 V x Min

Presión Arterial Diastólica : 80 mmHg

I.M.C. : 21.94 kg/m²

Frecuencia Cardiaca : 80 V x Min

EXÁMEN FÍSICO :

Osteoarticular (Anormal). MANO DCHA LIMITACION FLEXION 3ER DEDO, Y PARCIAL 2DO DEDO, AUSENIA 4TO DEDO Y PARCIAL 5TO DEDO , CRANEO (Normal). OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal). TÓRAX (Normal). ABDOMEN (Normal). GENITOURINARIO (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal). MÚSCULO - ESQUELETICO (Normal). NEUROLOGIA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

DIAGNÓSTICO :

S682 - AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL) - (Confirmado Nuevo)

ANÁLISIS :

REMITO A QX MANO ,

DIAZ MARION DEL CARMEN
C.C. 13.465.280
MEDICINA GENERAL

ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHUM

~~Jorge Cristo Sahum~~
Villa del Rosario

NIT: 807,004,631-3
VILLA DEL ROSARIO
TEL: 5727272

PLAN DE MANEJO

Consulta Externa

Fecha: 02/06/2022

MARTINEZ SUAREZ HIGINIO

CC - 12724353

Edad : 68 Años 2 Meses 13 Días

Nacimiento : 20/03/1954

Dirección : KDX 19 GALAN

Empresa : NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)

Contrato : NUEVAEPS-S

Sexo : Masculino

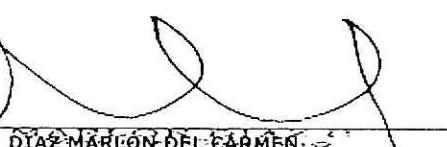
Teléfono : 3012219156

Fecha de impresión: 2/06/2022

ITEM DETALLE DEL SERVICIO**CANT EN LETRAS**

1 890235 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL , //

1 UNO

DIAGNÓSTICO: S682 AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)


DÍAZ, GERÓNIMO
C.C. 13.465.280
MEDICINA GENERAL

Manitas 14 Junio
8:30AM.
Dr. Gerónimo Díaz.

ESE HOSPITAL JORGE CRISTO SAHUM

Jorge Cristo Sahum
Villa del Rosario
Calle 12A No. 10-100

NIT: 807,004,631-3
VILLA DEL ROSARIO
TEL: 5727272

PLAN DE MANEJO

Consulta Externa

Fecha: 02/06/2022

MARTINEZ SUAREZ HIGINIO

CC - 12724353

Edad : 68 Años 2 Meses 13 Días

Sexo : Masculino

Nacimiento : 20/03/1954

Teléfono : 3012219156

Dirección : KDX 19 GALAN

Empresa : NUEVA EPS (REGIMEN SUBSIDIADO)

Contrato : NUEVAEPS-S

Fecha de impresión: 2/06/2022

ITEM	DETALLE DEL SERVICIO	CANT	EN LETRAS
1	890235 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL , // CIRUGIA DE MANO	1	UNO

DIAGNÓSTICO: S682 AMPUTACION TRAUMATICA DE DOS O MAS DEDOS SOLAMENTE (COMPLETA) (PARCIAL)



DÍAZ MARLÓN DEL CARMEN
C.C. 13.465.280
MEDICINA GENERAL

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	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	12724353
NOMBRES	HIGINIO
APELLIDOS	MARTINEZ SUAREZ
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	26/03/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de 08/28/2024 | Estación
Impresión: 10:18:05 | de 192.168.70.220
origen:

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



Sistema de Identificación de
Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:

28/08/2024

Ficha:

54874870553700000209

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: HIGINIO

Apellidos: MARTINEZ SUAREZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 12724353

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

09/09/2023

Última actualización ciudadano:

09/09/2023

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

