

CC 88266309 JUAN OCHOA

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: F720-R32X-R15X INST LA ESPERANZA



Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 1194423

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA


NUMERO **88266309**

OCHOA
APELLIDOS

JUAN
NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-OCT-1977**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

09-AGO-2001 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-2500100-55000075-M-0088266309-20020218 0250102049A 02 117443303



SANATY IPS S.A.S.
CALLE 13A No. 1E-112 BARRIO CAOBOS Tel: 3330333455 Nit: 900748002-0
HISTORIA CLINICA GENERAL - CONSULTA EXTERNA

Sistemas CitiSalud

Historia N°: 88266309
Código Habilitación: 540010237501
Sistemas CitiSalud SAS

Lugar Atención: SANATY CUCUTA 01 CAOBOS

Fecha Impresión: 01/04/2024 11:22

Nombres y apellidos: JUAN OCHOA

Fecha Nacimiento: 08/10/1977

Tipo y número de documento: CC 88266309

Lugar Nacimiento: COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - VILLA DEL ROSARIO

Barrio: URBANO

Teléfono: 3166946583

Tipo Discapacidad: SIN ESPECIFICAR

Escolaridad:

Grupo Sanguíneo A +

Aseguradora: COOSALUD EPS S.A/233-MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL COOSALUD EPS SUBSIDIADO

Tipo Usuario: Subsidiado

Cita N°: 109255

Fecha Salida: 21/03/2024 06:48

Especialidad: MEDICINA GRAL

Sexo: M

Edad: 46 A 5 M 11 D 23 H 37 Min

Lugar de Residencia: NORTE DE SANTANDER VILLA DEL ROSARIO

Dirección: INSTITUTO ESPERANZA SEDE

Grupo Etnico: NO APLICA

Religión: CATOLICO

Estado Civil: SOLTERO(A)

Ocupación: NINGUNA

Tipo Vinculación:

Estrato: CATEGORIA A

Fecha Ingreso: 19/03/2024 23:37

Fecha Atención: 21/03/2024 06:48

Correo Electrónico: clientesanaty@gmail.com

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA:

VISITA MEDICA DOMICILIARIA

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE PARALISIS CEREBRAL, SINDROME DE INMOVILIDAD, INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL, EN INSTITUTO LA ESPERANZA, PACIENTE QUE NO HA PRESENTADO INGRESOS HOSPITALARIOS, NIEGA FIEBRES.

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES

TA: 120/76 GLAS: 15 FC: 73 x min PESO: 1 Kg TALLA: 1 cm PC: 1 cm IMC: 10000 SUP: 0.13 m2 FR: 19 x min
mmHg puntos mmHg Kg/m2 TEMP: 36 °C PM: 1 cm
SAT: 95 % TAM: 90.67
mmHg

EXAMEN FISICO

CONDICIONES GENERALES

ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO

NEUROLOGICOS

CONSCIENTE, DESORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS MENTALES, NO HABLA

CARDIO-PULMONAR

RSRC RITMICOS, CAMPOS PULMONARES SIN SOBREGREGADOS

PIEL

INTEGRA, SIN LESIONES

CABEZA

NORMOCEFALO

OTORRINOLARINGOLOGIA

MUCOSAS INTEGRAS

CUELLO

MOVIL, SIN ADENOPATIAS

TORAX

EXPANDIBLE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

ABDOMEN

BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO DOLOR A LA PALPACION

EXTREMIDADES

SIN FUERZA EN EXTREMIDADES NO CAMINA

GENITO-URINARIOS

NORMOCONFIGURADO

SINTOMÁTICO RESPIRATORIO

NO

SINTOMÁTICO DE PIEL

NO

PRESENTA SIGNOS DE MALTRATO(SI o No)

NO

EXAMEN MENTAL

NO VALORADO

Sintomatico respiratorio: No Sintomatico de Piel: No

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

DIAG. PRINCIPAL: G800 - PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA OBSERVACION: TIPO DE DIAGNÓSTICO: Confirmado repetido

REL. 1: F720 - RETRASO MENTAL GRAVE: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO OBSERVACION:

REL. 2: R32X - INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA OBSERVACION:

REL. 3: R15X - INCONTINENCIA FECAL OBSERVACION:

CAUSA EXTERNA: Otra FINALIDAD DE LA CONSULTA: No Aplica

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO

PLAN DE MANEJO Y TRATAMIENTO


VISITA MEDICA DOMICILIARIA

Impreso por: MFV - MARLEY FRANCHESCA VIVAS FERNAN

VALORACION POR NUTRICION DOMICILIARIA
TERAPIAS FISICAS DOMICILIARIA #8 AL MES

FORMULA MEDICA DE PATOLOGIA CRONICA NO RELACIONADA CON LA ATENCION DOMICILIARIA

CARBAMAZEPINA TAB 200MG TOMAR 1 CADA 8 HORAS # 90 AL MES
ACIDO VALPROICO CAP 500MG TOMAR 1 CADA 12 HORAS # 60 AL MES
DIFENHIDRAMINA JARABE 12,5MG FC 120ML DAR 5 CC CADA 12 HORAS #2 AL MES
ACIDO ASCORBICO TAB 500MG TOMAR 1 TAB DIA #30 AL MES
CLOTRIMAZOL 1% CREMA TOPICA 40GR APLICAR EN ZONA AFECTADA #2 AL MES
BETAMETASONA 0,1% CREMA TOPICA 40GR APLICAR EN ZONA AFECTADA #2 AL MES
PAÑAL DESECHABLE TALLA L CAMBIO CADA 8 HORAS 90 AL MES 270 PARA 3 MESES 20240221146037969631
NISTATINA 100000UI + OXIDO DE ZINC 20% TUBO 60GR APLICAR EN AREA DE PAÑAL #2 AL MES


Dr. Miguel Angel Hernandez Rivera
Medico General
Reg. Medico 2918-03
C.C. 70641502, Bogota

MIGUEL ANGEL HERNANDEZ RIVERA
Registro Medico 2918-03
MEDICO GENERAL
Nombre Firma y Sello del Medico Responsable

Impreso por: MFV - MARLEY FRANCESCA VIVAS FERNAN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.090.466.057**

BLANCO RODRIGUEZ

APELLIDOS
CLIDY KATHERINE

NOMBRES
Katherine Blanco

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUN-1993**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

16-AGO-2011 CUCUTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-2505400-01061267-F-1090466057-20190708 0066053506A 2 7585519405

REPUBLICA DE COLOMBIA IDENTIFICACIÓN PERSONAL ESTADO CIVIL