

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: F510-S781-Y835-M866

Confirmación de Registro

Autorización registrada exitosamente con código: 835203

CÉDULA DE
CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
PARRA ORTIZ

NUIP **88.130.724**

Nombres
OSWALDO

Nacionalidad **COL** Estatura **1.70** Sexo **M**
Fecha de nacimiento **18 MAR 1975** G.S.
Lugar de nacimiento **SAN CRISTOBAL (VENEZUELA)**

Fecha y lugar de expedición
11 SEPT 2001, VILLA DEL ROSARIO

Firma

Osvaldo Parra Ortiz.

Fecha de expiración
16 DIC 2031

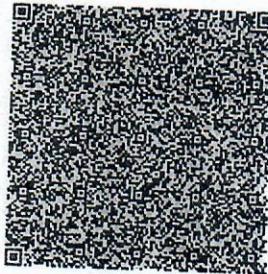


.CO

001449961



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOLO001449961225100<<<<<<<
7503186M3112168COL88130724<<<7
PARRA<ORTIZ<<OSWALDO<<<<<<<



| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | |
|--|---|
| Tipo y número de identificación: CC 88130724 | |
| Paciente: OSWALDO PARRA ORTIZ | |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/03/1975 | |
| Edad y Genero: 49 Años, Masculino | |
| Identificador único: 721539 | Responsable: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD-S.A. SUBSIDI |

Página 1 de 5

HISTORIA CLÍNICA

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Antecedentes actualizados en el sistema, para la fecha 18/06/2024

| Grupo | Descripción |
|------------------|---|
| Alergicos | NIEGA |
| Farmacológicos | NIEGA |
| Patológicos | NIEGA |
| Hospitalarios | POR QX |
| Quirúrgicos | OSTEOSÍNTESIS FEMUR DERECHO, MULTIPLES LÁVADOS Y DESBRIDAMIENTOS POR OSTEOMIELITIS, AMPUTACIÓN 23/02/2023 |
| Transfusionales | POR ANEMIA DURANTE HOSPITALIZACIÓN |
| Grupo Sanguíneo: | Grupo Sanguíneo: A Rh: Positivo |

Fecha: 18/06/2024 10:54 - Ambulatoria - Sede: INSTITUTO ROOSEVELT sede 010 - Ubicación: C.EXT: PRIMER PISO

Consulta médica - Apoyo - ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

Tipo de valoración: Tipo de consulta: Control

Finalidad: Otra

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Condiciones especiales: No Aplica

¿Ha presentado tos y/o expectoración por más de 15 días?: No

ANAMNESIS

Subjetivo y Objetivo : ORTOPEDIA

DR NOSSA

RESIDENTE: N GOMEZ

MOTIVO DE CONSULTA: "VENGO A CONTROL"

ENFERMEDAD ACTUAL: MASCULINO DE 49 AÑOS CON ANTECEDENTE DE FRACTURA EN TBIA DERECHA EN 2006, QUE REQUIRIÓ EEM, SIN EMABRGO POR OSTEOMIELITIS DE DIFÍCIL MANEJO, SE CONSIDERÓ EXTRAINSTITUCIONALMENTE MANEJO ABLATIVO SUPRACONDILEO, CONSULTÓ REPIVIAMENTE PARA SEGUIR PROCESO E INDICAMOS VALVULACIÓN POR JUNTA DE SEDESTACIÓN QUIENES INDICARON PROTESIS (SOCKET DE CONTENCIÓN ISQUIÁTICA EN RESINA, SISTEMA DE SUSPENSIÓN POR CORREAS LATERALES TIPO KISS, LINER EN SILICONA CON COPA DISTAL, RODILLA POLICENTRICA MECÁNICA, PIE ARTICULADO). REFIERE ADECUADO CONTROL DE DOLOR, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA COMO UNICA SINTOMATOLOGIA DOLOR Y LIMITACIÓN EN HOMBRO IZQUIERDO.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema Musculo Esquelético: Normal

EXAMEN FÍSICO

Presión arterial (mmHg): 180/130, Presión arterial media (mmhg): 146, Lugar toma PA: Miembro Superior Derecho

Frecuencia cardiaca (Lat/min): 81 Frecuencia respiratoria (Respi/min): 17

Saturación de oxígeno 90%, sin oxígeno

Temperatura (°C): 36.2 Escala del dolor: 0

Peso (Kg): 87 Talla (cm): 170 Superficie corporal (m2): 2.03 Índice de masa corporal (Kg/m2): 30.1 [Valores de referencia: Normal 18.5-24.9]

Examen Físico:

Extremidad

Ext. Superiores : HOMBRO IZQUIERDO: JÓBE POSITIVO, FLEXIÓN ACTIVA 45 GRADOS, FLEXIÓN PASIVA 90 GRADOS, BEAR HUG TEST NEGATIVO, BEAR HUG TEST A 90° NEGATIVO, ROTACIÓN EXTERNA 75 GRADOS, ROTACIÓN INTERNA T11.

Ext. Inferiores : MUÑÓN DE AMPUTACIÓN SUPRACONDILEA IZQUIERDA: CICATRIZADA, SIN ERITEMA, SIN CALOR, SIN SECRECIONES.

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 18/06/2024 11:01:13

| IDENTIFICACION DEL PACIENTE | |
|--|---|
| Tipo y número de identificación: CC 88130724 | |
| Paciente: OSWALDO PARRA ORTIZ | |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/03/1975 | |
| Edad y Genero: 49 Años, Masculino | |
| Identificador único: 721539 | Responsable: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD-S S.A. SUBSIDI |

Página 2 de 5

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

RESULTADOS PARACLÍNICOS

Análisis de resultados :RMN HOMBRO IZQUIERDO: RUPTURA PARCIAL DE SUPRAESPINOZO.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico de ingreso - S781 - AMPUTACION TRAUMATICA EN ALGUN NIVEL ENTRE LA CADERA Y LA RODILLA - Derecho, Fecha de diagnóstico: 19/09/2023, Edad al diagnóstico: 48 Años, Y835 - AMPUTACION DE MIEMBRO (S) - Derecho, Fecha de diagnóstico: 25/05/2023, Edad al diagnóstico: 48 Años, M866 - OTRAS OSTEOARTICULITIS CRONICAS - Derecho, Fecha de diagnóstico: 25/05/2023, Edad al diagnóstico: 48 Años, M751 - SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO - Izquierdo (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 18/06/2024, Edad al diagnóstico: 49 Años.

ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Próximo control en modalidad: Presencial Control para reformulación: No Egreso por la especialidad: No

Destino del paciente: Domicilio

Consentimiento informado: No requiere

Conciliación Medicamentosa: Describa tratamiento actual. Incluya: medicamento, dosis, vía. Continua Si o No: NO APLICA
 Plan de manejo: MASCULINO DE 49 AÑOS EN SEGUIMIENTO POR CUADRO CLINICO DESCRITO, EN PLAN DE ADAPTACION DE PROTESIS PARA MIEMBRO INFERIOR DERECHO, REFIERE SE ENCUENTRAN REALIZANDO AJUSTES A LA COPA, POR NEUROPATHIA EN GAMAGRAPHIA CON LEUCOCITOS MARCADOS NEGATIVA PARA INFECCION, HEMORAMA SIN LEUCOCITOSIS, Y CLINICAMENTE SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, CONSIDERAMOS ADECUADA EVOLUCION CLINICA, INDICAMOS CONTINUAR TERAPIA FISICA, CITA CON JUNTA DE SEDESTACION Y CITA CONTROL EN 6 MESES CON RADIOGRAFIA PANORMICA DE MIEMBROS INFERIORES CON LA PROTESIS PUESTA. POR OTRO LADO CURSA CON APARENTE LESION NDE SUPRAESPONOSO IZQUIERDO INDICAMOS CITA CON CIRUJANO DE HOMBRO. EXPLICAMOS, RESOLVEMOS DUDAS, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

NOTA: PACIENTE REQUIERE TRANSPORTE AÉREO Y ACOMPAÑANTE PARA ASISTIR A CITAS MEDICAS.

Educación al paciente y familia: Se educa al paciente y su familia, sobre su diagnóstico, su tratamiento, y se aclararan las dudas que surgen durante la consulta.

Se Recuerda que es muy importante asistir a controles periódicos de programas de promoción y prevención ofrecidos por la EPS.

Firmado por: NÉSTOR HARVEY GOMEZ MOLINA, Residente de ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, Registro 1019136137, CC 1019136137

--REGISTRO PENDIENTE DE AVAL--

ÓRDENES MÉDICAS

Ambulatoria/Externa - Imagenología

18/06/2024 10:58

873305-RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) EN FORMATO 14 X 36

(ADULTOS)

CON LA PROTESIS PUESTA

CON LA PROTESIS PUESTA

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Procedimiento No Quirúrgico/ Citas Control

18/06/2024 10:59

890502-PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)

JUNTA DE SEDESTACION

JUNTA DE SEDESTACION

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Procedimiento No Quirúrgico/ Citas Control

18/06/2024 10:59

890380-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

DR SERGIO NOSSA EN 6 MESES CON RADIOGRAFIAS.

DR SERGIO NOSSA EN 6 MESES CON RADIOGRAFIAS.



| IDENTIFICACION DEL PACIENTE | |
|--|---|
| Tipo y número de identificación: CC 88130724 | |
| Paciente: OSWALDO PARRA ORTIZ | |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/03/1975 | |
| Edad y Genero: 49 Años, Masculino | |
| Identificador único: 721539 | Responsable: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD-S.A. SUBSIDI |

Página 3 de 5

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

ÓRDENES MÉDICAS

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias
18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.
FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias
18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.
FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias
18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.
FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias
18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.
FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias
18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.
FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias
18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.
FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias
18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.
FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias
18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL
FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.
FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Firmado electrónicamente



| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | |
|--|---|
| Tipo y número de identificación: CC 88130724 | |
| Paciente: OSWALDO PARRA ORTIZ | |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/03/1975 | |
| Edad y Género: 49 Años, Masculino | |
| Identificador único: 721539 | Responsable: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD-S.A. SUBSIDI |

Página 4 de 5

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

ÓRDENES MÉDICAS

Ambulatoria/Externa - Terapias

18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias

18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias

18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias

18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias

18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias

18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias

18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias

18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACIÓN A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias

Firmado electrónicamente



| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | |
|--|---|
| Tipo y número de identificación: CC 88130724 | |
| Paciente: OSWALDO PARRA ORTIZ | |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 18/03/1975 | |
| Edad y Genero: 49 Años, Masculino | |
| Identificador Único: 721539 | Responsable: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD-S S.A. SUBSIDI |

Página 5 de 5

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

ÓRDENES MÉDICAS

18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACION A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACION A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias

18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACION A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACION A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias

18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACION A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACION A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - Terapias

18/06/2024 11:00

931001-TERAPIA FÍSICA INTEGRAL

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACION A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACION A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA.

Estado: ORDENADO



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Número de Solicitud: 18487

Fecha: 2024-06-18 Hora: 11:02

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre: INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

NIT 860013874 - 7CC Número

DV

| | | | | | | |
|------------|--------------|----------------------|---------------------------------------|----|------------|---------------|
| Código: | 110010825801 | Dirección Prestador: | Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar | | | |
| Teléfono: | 0571 | 3534000 | | | | |
| Indicativo | Número | Departamento: | BOGOTÁ | 11 | Municipio: | BOGOTA DC 001 |

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR) COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD-S S.A. SU Código: 44

DATOS DEL PACIENTE

| | | | |
|--------------|--------------|------------|------------|
| PARRA | ORTIZ | OSWALDO | NO TIENE |
| 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre |

Tipo Documento de Identificación

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Registro Civil | <input type="checkbox"/> Pasaporte | 88130724 |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad | <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía | <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación | Número Documento Identificación |
| <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería | <input type="checkbox"/> Permiso por Protección Temporal | Fecha de Nacimiento: 1975-03-18 |

Dirección de la Residencia Habitual: CLL X 15.# 1A VEREDA JUAN FRIOS Teléfono: 3157527799

Departamento: NORTE DE SANTANDER 54 Municipio: VILLA DEL ROSARIO 874

Teléfono Celular: 3203010125 Correo Electrónico: oparraortiz18@gmail.com

Cobertura en Salud

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Régimen Contributivo | <input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - parcial | <input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada sin SISBEN | <input type="checkbox"/> Plan adicional de Salud |
| <input checked="" type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - total | <input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada con SISBEN | <input type="checkbox"/> Desplazado | <input type="checkbox"/> Otro |

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS**Origen de la Atención**

| | | | | |
|--|--|--|---|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General | <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo | <input type="checkbox"/> Evento Catastrófico | Tipo de Servicio Solicitado | Prioridad de la Atención |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional | <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito | | <input type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de Urgencias | <input type="checkbox"/> Prioritaria |

Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización

| | | | |
|--|--|---------------------------|------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa | <input type="checkbox"/> Hospitalización | Servicio CONSULTA EXTERNA | Cama |
| <input type="checkbox"/> Urgencias | | | |

Manejo Integral según Guía de:**Otra Información de los Servicios Solicitados**

Ambulatorio: Si Hospitalización/Días: Cuidados Intensivos/Días: Cuidado Intermedio/Días: Intensificador: No
 Rayos X: Si Torniquete: No Analgesia Post Operatoria: No Duración de la Cirugía: Sangre: No Cantidad:

| | | | | |
|--------|---|-----------------------|---------|---------------------|
| Código | Cantidad Descripción | Indicador Lateralidad | Via | Ortesis |
| 873305 | 1 RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U Cabeza # 4428526 | POS | Ambas | No Aplica No Aplica |
| | Observación: CON LA PROTESIS PUESTA | | | |
| 890380 | 1 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORT | POS | Ninguna | No Aplica No Aplica |
| | Observación: DR SERGIO NOSSA EN 6 MESES CON RADIOGRAFIAS | | | |
| 890502 | 1 PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y 5284447 | POS | Ninguna | No Aplica No Aplica |
| | Observación: JUNTA DE SEDESTACION | | | |
| 931001 | 20 TERAPIA FÍSICA INTEGRAL #442876 | POS | Derecho | No Aplica No Aplica |
| | Observación: FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACION A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA | | | |

Justificación Clínica:

CON LA PROTESIS PUESTA JUNTA DE SEDESTACION DR SERGIO NOSSA EN 6 MESES CÓN RADIOGRAFIAS FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACION A PROTESIS, ENTRENAMIENTO EN MARCHA FORTALECIMIENTO MUSCULAR, ADAPTACION A PR

| | | | | | |
|--|--------------|--|--------------------------|--------|-----------|
| Impresión Diagnóstica: | Código CIE10 | Descripción | | | |
| Diagnóstico Principal | S781 | AMPUTACION TRAUMATICA EN ALGUN NIVEL ENTRE LA CADE | | | |
| Diagnóstico Relacionado 1 | Y835 | AMPUTACION DE MIEMBRO(S) | | | |
| Diagnóstico Relacionado 2 | M866 | OTRAS OSTEOMIELITIS CRONICAS | | | |
| INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA | | | | | |
| Nombre de quien Solicita: INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT - 860013874 | | | Teléfono: | | |
| | | | indicativo | número | extensión |
| Cargo o Actividad: ORTOPEDISTA | | | Teléfono celular: | | |



Sucursal: PRINCIPAL

HISTORIA CLINICA

Fecha: Agosto 28 de 2024 - Agosto 28 de 2024

DATOS DEL USUARIO

| | | | | | |
|----------------------|---------------------------------|-----------------------|--------------|-----------|---------|
| Nombre y Apellidos : | OSWALDO PARRA ORTIZ | Identificación: | 88130724 | Tipo Doc: | CC |
| Dirección: | JUAN FRIÓ | Sexo: | M | Edad: | 49 Años |
| Ocupación : | SIN OCUPACION | Fecha de Nacimiento : | 18/03/1975 | | |
| Tipo de Usuario : | Contributivo Beneficiario | Teléfono: | 3508926225 | | |
| Contrato : | COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA S.A. | Estado Civil : | SOLTERO(A) | | |
| Entidad : | COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA S.A. | Tipo de Afiliación : | BENEFICIARIO | | |

DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MEDICA AL USUARIO

| FECHA | HORA | T. ART. | FREC. CARD. | FREC. RESP. | TEMP. | PESO | TALLA |
|------------|-------|---------|-------------|-------------|-------|------|-------|
| 28/08/2024 | 07:16 | | | | | | |

Servicio:

MOTIVO DE CONSULTA: ETAPA PROTESICA

ANTECEDENTES: Personales: Dislipidemias, Sindrome de manguito rotador izquierdo

Traumaticos: Tuvo accidente hace 17 años en calidad de motociclista, fractura diafisiaria de femur tercio medio

Transfusionales: Por anemia durante hospitalizacion

Farmacológicos: Atorvastatina, pregabalina 75mg, ibuprofeno 400mg,colchicina 0.5mg, betametasona 8mg/2ml

Quirúrgicos: Quirurgicos: Osteosintesis femur derecho, multiples lavados y desbridamientos por osteomielitis, amputacion 23/2/23

Muletas desde 2006

REVISIÓN POR SISTEMAS: A la valoración inicial presenta:

Usuario que llega para realizar plan de tratamiento protesico por amputacion transfemoral (23 d efebrero de 2023)

-Dolor: no presenta ningun tipo de dolor

-Piel: té morena, hidratada

-Cicatriz: normal, con adherencias en muñon

-Espasmo muscular: no presenta

-Movilidad articular: rangos de movimientos levemente disminuidos en cadera

Examen muscular: valorada según escala de Daniels, nota de 3/5 en musculatura de cadera derecha, 3 en hombro izquierdo

MEDIDAS ESPECIALES

-Edema: no presenta

-Sensibilidad: conservada en cicatriz (muñon)

-Retracciones: no presenta

-Postura: protesis, muletas, cicatriz muñon, leve atrofia de musculatura de hombro (trapecios y deltoideos)

-Marcha: asistida por muletas

-Miembro fantasma doloroso (ocasional)

ENFERMEDAD GENERAL: -Objetivos: reentrenar marcha con protesis, adaptar protesis, fortalecer musculatura de cadera y tronco, desensibilizar muñon, trabajar equilibrio

unipodal y monopodal, minimizar espasmos musculares, reeducar propiocepcion y equilibrio

-Tratamiento: marcha, estiramientos musculares, cambios de posicion, barras paralelas, caminadora, bicicleta estatica, bandas elasticas, masaje descontracturante, fortalecimiento isometrico, excéntrico e isotónico, movilidad articular, ejercicios de propiocepción y equilibrio

-Recomendaciones: seguir indicaciones de fisioterapeuta

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA Diagnóstico fisioterapéutico: paciente con limitación osteomuscular en mmii derecho que genera alteracion de la marcha, postura, con espasmos musculares, debilidad muscular, alteración de la sensibilidad, equilibrio y propiocepción, generando una limitación en las actividades de su diario vivir y actividad laboral

TRATAMIENTO: Valoración final:

Paciente que finaliza orden de 20 sesiones de terapia física a la valoración presenta:

*se reeduca postura y patron de marcha

*se conservan rangos de movilidad y fuerza muscular de cadera derecha

*marcha asistida por muletas, protesis (aflojamiento al realizar marcha prolongada)

*dolor en zona inguinal por friccion

*realizar ejercicios recomendados por fisioterapeuta

*continuar con el plan terapéutico según criterio médico

*realizar estiramientos que involucren todos los movimientos de miembros inferiores y superiores sin sentir o provocar dolor como en plan casero

*evitar una mala postura y levantamiento de las cargas

*finaliza en buenas condiciones y sin complicaciones

Brayan A. Vergel Ovalle

FISIOTERAPEUTA

Tp: 1090497050



HOSPITAL MENTAL
Rudesindo Soto

CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

| Nro. Historia | Nombre Paciente | Nro. Identific. | Página |
|------------------------|---|-----------------|-------------|
| 88130724 | OSWALDO PARRA ORTIZ | CC88130724 | 1 |
| Dirección del Paciente | VILLA DEL ROSARIO,, KDX 15-1A CORREGIMIENTO JUAN FRIO | Edad | Sexo |
| Empresa | COOSALUD EPS-S SA | 49 A | M |
| Fecha Ingreso | Hora Ingreso | Fecha Egreso | Hora Egreso |
| 14/08/2024 | 10:01 | 14/08/2024 | 10:10 |

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

MOTIVO DE LA CONSULTA

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE INSOMNIO CRONICO QUIEN ASISTE A CITA DE CONTROL FARMACOLOGICO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE FUNCIONAL EN SU CONTEXTO ASINTOMATICO CON EL TRATAMIENTO, EN EL MOMENTO NO PRESENTA QUEJAS PSICOLOGICAS SUBJETIVAS DISRUPTIVAS RELACIONADAS CON SU ENFERMEDAD DE BASE

ESTRESORES PSICOSOCIALES RECENTES:

Lesiones Personales, .

ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

Quirurgico:

AMPUTACION 1/3 MEDIO DE FEMUR DERECHO 23 DE FEBRERO 2023

Traumatologico:

6 OCTUBRE 2023, AACCIDENTE DE TRANSITO FX DE FEMUR , RODILLA DERECHA , FX MANO IZQUIERDO Y DERECHA ., REFIERE QUE A LOS 8 DIAS DESPUES DE CIRUGIA INICIO CON INFECCION HASTA OSTEOMELITIS Y TERMINA EN AMPUTACION.

HISTORIA FAMILIAR

Familiar: Cónyuge

Tipo de Relación: Excelente, Diagnóstico

Psiquiatrico:, Intento de suicidio?: NO,

Consumo alcohol?: NO, Consumo drogas

ilegales?: NO, Edad: 56, Vive?: SI,

Personalidad: .

REVISIÓN POR SISTEMA

Nervioso: NO REFIERE.

Endocrino, metabólico y nutricional: NO REFIERE.

Respiratorio: NO REFIERE.

Cardiovascular: NO REFIERE.

Genitourinario : NO REFIERE.

REVISIÓN POR SISTEMA

Musculoesquelético : PROTESIS MID.
Piel, pelo y uñas: NO REFIERE.
Hemolinfático: NO REFIERE.
Otros : NO REFIERE

EXAMEN FÍSICO

Fecha y Hora: 14/08/2024 (10:07), Talla: 180.00,
Peso: 90.00 Ind.Masa: 27.7800.
T.A.: 100/80, F.C.: , TEMP.: 0.0, F.R.: .

Observaciones:

EXAMEN FÍSICO

Hallazgos :

Cabeza: NORMOCÉFALO, NO LESIONES EXTERNAS
Ojos: PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMALES

ORL: OTOSCOPIA NORMAL, NARIZ NORMAL, MUCOSA ORAL NORMAL, FARINGE NORMAL

Cuello: MOVIL SIN ADENOPATÍAS, NO MASAS

Torax: NORMO EXPANSIBLE, NO DOLOR, NO DEFORMIDAD

Cardio-Pulmonar: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS. PULMONES SIN AGREGADOS VENTILADOS

Abdomen: BLANDO, DEPRESIBLE, NO VISCIEROMEGLÍAS, NO DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA

Pelvis: DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA NORMALIDAD

Extremidades: PROTESIS MID

GU : PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVA

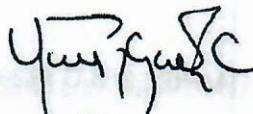
Neurológicos: REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS NORMALES, FUERZA 5/5 BILATERAL, SENSIBILIDAD NORMAL, NO DÉFICIT APARENTE DE PARES CRANEALES

Columna: NO PUNTOS DOLOROSOS, NO DEFORMACIONES

Piel y Mucosas: NO LESIONES, NO PETEQUIAS

Médico ordena la salida

VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO C.C.88208800
PSIQUIATRIA


Vladimir Gomez
PSIQUIATRIA - U. ROSARIO



HOSPITAL MENTAL
Rudesindo Soto

ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

| | |
|-----------------|------------|
| Nro. ATENCIÓN | 00517199 |
| REGISTRO MÉDICO | 00303059 |
| FECHA | 14/08/2024 |
| Página | 2 |
| Edad | |
| Sexo | |

CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

| Nro. Historia | Nombre Paciente | Nro. Identific. | Edad | Sexo |
|------------------------|---|-----------------|--------------|--------------|
| 88130724 | OSWALDO PARRA ORTIZ | CC88130724 | 49 A | M |
| Dirección del Paciente | VILLA DEL ROSARIO, KDX 15-1A CORRGIMIENTO JUAN FRIÓ | | | |
| Empresa | COOSALUD EPS-S SA | Fecha Ingreso | Hora Ingreso | Fecha Egreso |
| | | 14/08/2024 | 10:01 | 14/08/2024 |
| | | | | Hora Egreso |
| | | | | 10:10 |

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Estado de conciencia:

ALERTA

Nivel de orientación:

ORIENTADO EN PERSONA, LUGAR Y TIEMPO

Actitud:

COLABORACIÓN E INTERES

Afecto:

AFFECTO MODULADO

Pensamiento:

SIN ALTERACIONES EN EL CURSO NI EN EL CONTENIDO

Sensopercepción:

SIN ALTERACIONES

Juicio de realidad:

SIN ALTERACIÓN

Introspección:

ADECUADA

Funciones mentales superiores

(cognitivas):

SIN ALTERACIÓN

IMPRESION DIAGNOSTICA

F510 INSOMNIO NO ORGANICO

PRUEBAS ORDENADAS

Fecha :14/08/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Procedimiento :CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Cantidad :1

Observaciones:

TRATAMIENTO

Formulación :

Fecha :14/08/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento :TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TABLETA Cantidad :180 Dosificacion :TOMAR VO 1 TB A LAS 9 PM Fecha :14/08/2024 Medico :VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO Medicamento :DIFENHIDRAMINA JARABE 125MG/5ML Cantidad :18 Dosificacion :TOMAR VO 10CC A LAS 9 PM

Observaciones :

PARA 6 MESES

MOTIVO DE SALIDA

CONDUCTA:

Formulación : DIFENHIDRAMINA JARABE 125MG/5ML Cantidad : 120 Dosificacion : tomar 10 cc en la noche TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TABLETA Cantidad : 120 Dosificacion : tomar 1 tab noche

Observaciones :

medicacion 6 meses

MEDICO TRATANTE

VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO

Médico ordena la salida

VLADIMIR JACOB GOMEZ CARRILLO C.C.88208800
PSIQUIATRIA

Vladimir Jacob
PSIQUIATRIA - U. ROSARIO

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 | 88130724 |
| NOMBRES | OSWALDO |
| APELLIDOS | PARRA ORTIZ |
| 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 | COOSALUD EPS S.A. | SUBSIDIADO | 01/01/2020 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

Fecha de Impresión: 09/30/2024 10:05:04 | 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

Registro válido

Fecha de consulta:

30/09/2024

Ficha:

54874026549600000103

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: OSWALDO

Apellidos: PARRA ORTIZ

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 88130724

Municipio: Villa del Rosario

Departamento: Norte de Santander

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

25/07/2023

Última actualización ciudadano:

25/07/2023

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

RED DE SERVICIOS NORTE DE SANTANDER
NIT: 890501734-7
CENTRALES ELECTRICAS DEL NORTE
DE SANTANDER S.A. E.S.P.
NIT: 890500514

NUMERO TRANSACCION: 20352118
FECHA: 30/09/2024 HORA: 10:18:10
VENDEDOR: 1092334954
OFICINA V ROSARIO
NIT: 890501734-7

CODIGO SEGURIDAD
8366553536#\$\$#&

RECAUDO CENS PREPAGO
REFERENCIA: 37162059762
COMPRA: 5456137
ESTRATO: 1
USO: RESIDENCIAL

PIN: 24318869836744463388

NUM CLIENTE: LILIANA HERNANDEZ N
DIRECCION: KDX 15-1-A
BARRIO: 1454-CORREG JUAN FRIO
MUNICIPIO: 54874-VILLA DEL ROSARIO
DEPARTAMENTO: 54-NORTE DE SANTANDER

NUM CLIENTE: 455492
MEDIDOR: 37162059762
VALOR VENTA: \$20,000
VALOR PRECARGA: 0
KWH: 41
TARIFA: 960.0579
KWH SUBS: 41
SUBSIDIO: -21199
CONTRIBUCION: 0
APL BEU: 1998
SALDO: 78307
APL ASEO: 0
SALDO ASEO: 0
OPE ASEO: ECOAMBIENTAL
TEL OPE ASEO: 5700795
FECHA PAGO: 30/09/2024 HORA: 10:18:09
CONSERVE ESTE TIQUETE,
ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **60.402.624**

HERNANDEZ MESA

APELLIDOS

RITA INES

NOMBRES

Rita Ines Hernandez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **08-MAY-1967**

VILLA ROSARIO
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

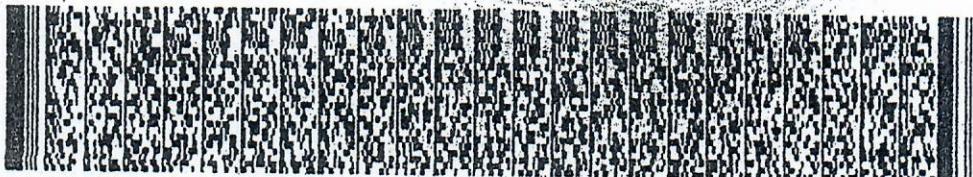
SEXO

13-FEB-1987 VILLA ROSARIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Boletín Oficial de la República de Colombia*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2510000-00160756-F-0060402624-20090701

0012961371A 2

9922033320