



CLINICA ASOTRAUMA S.A.S.

NIT. 800,209,891-7

Establecimiento Comercio: Sede 2 Cra 4D No. 32-17

B / Cadiz - Ibague Tels. 2641920 - 2654112



FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No.

COEX 29786

EL SERVICIO SE PRESTA EN IBAGUE.

FECHA IBAGUE, 5-Nov-2025

HORA 15:18:55

ACEPTACION DIAN: 25.11.05 04:32:43 PM

ENTIDAD RESPONSABLE

860037013-6 MUNDIAL SEGUROS

CONTRATO/PLAN

2025 01 SOAT AÑO 2025 - 701,68 UVT

PACIENTE/NOMBRE DE PACIENTE

CC - 1105464434 HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER

OBSERVACIONES:

TIPO CONTRATO

(860037013)

EVENTO

OTRO REGIMEN

ORDEN SS

1-1184000

ANEXO2:

TIPO INGRESO

AMBULATORIA

FECHA INGRESO FECHA EGRESO

16/10/2025 16/10/2025

EDAD : 25 Años

ESTRATO: IIVEL I

COD PROCED	DESCRIPCION	CODIGO SOAT	GRUPO	%	MED	CANT	VR.UNITARIO	VR.TOTAL
35102	VALORACION POR PSICOLOGO	35102				1	35,700	35,700

OTROS

SUB TOTAL PAGINA \$ 35,700

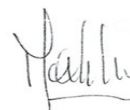
* .T VALOR BRUTO: 35,700 CUOT.MODER/COPAGOS: 0 NETO FACTURA \$ 35,700

SON: TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE.*****

F. PAGO: CREDITO / 45 DIAS

EMITIDO POR: NOANOL NORBEY ANDRES OLAYA FORERO

Of Principal Av 19 No. 118 - 95 Centro Ejecutivo Santa Barbara Of 616
Tels. Bogotá. 6208730 - 7191451

 620-23

La entidad

Aceptada, el USUARIO

HABILITACION NUMERACION DE FACTURACION No. 18764078385145 DEL 30-Ago-2024 AL 30-Ago-2026 RANGO DEL COEX-1 AL COEX-50000

Cufe: 06b7bd6fabec3fb20044a87cc16f9e2102076cd6d2de981395f8c9276dfffb04f789563401b16bb0f60396746fc200019

FACTURA IMPRESA POR COMPUTADOR POR CLINICA ASOTRAUMA SAS, NIT. 800.209.891-7

GEMA Vs 2.0 Siecol SAS - THE FACTORY HKA COLOMBIA SAS

SOMOS EXCLUIDOS DEL IMPUESTO A LAS VENTAS - SOMOS REGIMEN COMUN

NO RESPONSABLE DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO, AVISOS, TABLEROS, SOBRE INGRESOS POR PRESTACION DE
SERVICIOS DE SALUD SEGUN ART. 39 DE LA LEY 14 DE 1983.



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

I. DATOS DE LA RECLAMACION

Fecha Radicación:	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	No. Radicado	<input type="text" value="RG"/>	<input type="text" value=""/>
No. Radicado Anterior {Respuesta a glosa, marcar x en RG}	<input type="text" value=""/>	Nro. Factura Cuenta de Cobro	COEX	29786

II. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social	CLINICA ASOTRAUMA SAS		
Codigo Habilitacion:	730010082602	Nit:	800209891-7

III. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

<input type="text" value="HERNANDEZ"/>	<input type="text" value="CUELLAR"/>			
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido			
<input type="text" value="ERICSON"/>	<input type="text" value="GAMBER"/>			
1er.Nombre	2do.Nombre			
Tipo de Documento:	<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> CN <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT	No. Documento:	1105464434	
De: 73001	Fecha de Nacimiento:	28/6/2000	Sexo:	<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
Dirección:	MZ B CASA 22 URBANIZACION VILLA CAMIL			
Departamento:	TOLIMA	Cod. 73	Telefono:	3227505024
Municipio:	IBAGUE	Cod. 001		
Condicion del accidentado:	<input type="checkbox"/> Conductor	<input type="checkbox"/> Peaton	<input checked="" type="checkbox"/> Ocupante	<input type="checkbox"/> Ciclista

IV. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO CATASTROFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturaleza del Evento:	Accidente de Transito	<input checked="" type="checkbox"/>										
Naturales:	Sismo	<input type="checkbox"/>	Maremoto	<input type="checkbox"/>	Erup. Volcanicas	<input type="checkbox"/>	Huracán	<input type="checkbox"/>	Rayo	<input type="checkbox"/>	Tornado	<input type="checkbox"/>
	Inundaciones	<input type="checkbox"/>	Avalancha	<input type="checkbox"/>	Desliz. de Tierra	<input type="checkbox"/>	Incendio Natural	<input type="checkbox"/>	Vendaval	<input type="checkbox"/>		
Terroristas:	Explosión	<input type="checkbox"/>	Masacre	<input type="checkbox"/>	Mina Antipersonal	<input type="checkbox"/>	Combate	<input type="checkbox"/>				
	Incendio	<input type="checkbox"/>	Ataques a Municipios	<input type="checkbox"/>	Desplazados	<input type="checkbox"/>						
	Otros	<input type="checkbox"/>	Cual?									
Dirección de la Ocurrencia:	KILOMETRO 2 + 630 MT VIA VARIANTE IBAGUE											
Fecha Evento/Accidente:	5/9/2025	Hora:	13:48									
Departamento:	TOLIMA	Cod.	73									
Municipio:	IBAGUE	Cod.	001							Zona:	<input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> EX	
Informe del accidente (Relato breve de los hechos):	PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE VEHICULO DE PLACAS MOX187 QUIEN PIERDE EL CONTROL DEL MISMO Y SUFREN VOLCAMIENTO POR AVISMO RESULTANDO LESIONADO											

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

<input type="text" value="GUZMAN"/>	<input type="text" value="OBANDO"/>					
1er.Apellido o Razon Social	2do.Apellido					
<input type="text" value="EDUARDO"/>	<input type="text" value=""/>					
1er.Nombre	2do.Nombre					
Documento de identidad:	<input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> PE	No. Documento	93372224			
Dirección:	MZ 3 CASA 9 BARIO MODELIA					
Departamento:	TOLIMA	Cod.	73			
Municipio:	IBAGUE	Cod.	001	Telefono:	3122459791	
					Total Folios:	21

VI. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Est. Aseguramiento:	Aseg.	<input checked="" type="checkbox"/>	No Aseg.	<input type="checkbox"/>	Vehi. Fantasma.	<input type="checkbox"/>	Poliza falsa	<input type="checkbox"/>	Vehi. en Fuga	<input type="checkbox"/>	Aseg F.2497	<input type="checkbox"/>	P. Indeter	<input type="checkbox"/>		
Marca:	VOLKSWAGEN	Placa:	MOX187	No. Siras:	7daf02927d2754ee											
Tipo de Servicio:	Automovil	<input type="checkbox"/>	Bus	<input type="checkbox"/>	Buseta	<input type="checkbox"/>	Camion	<input type="checkbox"/>	Camioneta	<input checked="" type="checkbox"/>	Campero	<input type="checkbox"/>	Microbus	<input type="checkbox"/>	Tractocamion	<input type="checkbox"/>
Motocicleta	<input type="checkbox"/>	Motocarro	<input type="checkbox"/>	Mototriciclo	<input type="checkbox"/>	Cuatrimoto	<input type="checkbox"/>	Moto Extranj.	<input type="checkbox"/>	Vehic.Extranj.	<input type="checkbox"/>	Volqueta	<input type="checkbox"/>			
Codigo Aseguradora:	AT1317	MUNDIAL DE SEGUROS	intervención de la Auto.	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>									
Poliza SOAT No	89600321	Cobro excedente Póliza	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>										
Vigencia de la Poliza:	Desde:	29/10/2024	Hasta:	28/10/2025												

VII. DATOS RELACIONADOS CON LA ATENCION DE LA VICTIMA

Codigo CUPS Hospitalización:	S12203	Complejidad de Procedimiento Quirurgico:	MEDIA
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico principal:		Días de UCI reclamados:	2
Codigo CUPS del procedimiento quirurgico secundario:		Se presto servicio UCI:	N



FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR
SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

VIII. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

GUZMAN

1er.Apellido

GASCA

2do.Apellido

JOHAN

1er.Nombre

LEONARDO

2do.Nombre

Tipo de Documento:

☒ CC ☐ CE ☐ PA ☐ TI ☐ RC ☐ AS ☐ PT ☐ PE

No. Documento 1005911166

Dirección: MZ 3 CASA 9 BARRIO MODELIA

Departamento: TOLIMA

Cod. 73

Teléfono: 3122459791

Municipio: IBAGUE

Cod. 001

IX. DATOS DE REMISION

Tipo de referencia:

Remisión

☐

Orden servicio

☐

Fecha de Remisión: / /

a las

Prestador que remite:

Código de inscripción:

Dirección:

Teléfono:

Profesional que Remite:

Cargo:

Fecha de Aceptación: / /

a las

Prestador que recibe:

Código de inscripción:

Dirección:

Teléfono:

Profesional que recibe:

Cargo:

X. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente desde el sitio del evento hasta la primera IPS(Transporte Primario)

Datos del Vehículo: Placa No. DCK490

Transporto la víctima desde : KILOMETRO 3 VIA IBAG

Hasta ASOTRAUMA

Tipo de Transporte:

Ambulancia Básica

☒

Ambulancia Medicalizada

☐

Lugar donde recoge la víctima

Zona:

☐ U ☒ X

XI. CERTIFICACION DE LA ATENCION DE LA VICTIMA COMO PRUEBA DEL ACCIDENTE O EVENTO

Fecha de ingreso: 16/10/2025 a las 09:43

Fecha de Egreso: 16/10/2025 a las 09:59

Diagnostico presuntivo de Ingreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

Diagnostico definitivo de Ingreso

S069 TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Ingreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Diagnostico presuntivo de Egreso

S202 CONTUSION DEL TORAX

Diagnostico definitivo de Egreso

S069 TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

Diagnostico relacionado de Egreso

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

VANEGAS

1er.Apellido del Médico o Profesional tratante

RIVERA

2do.Apellido del Médico o Profesional tratante

LIZETH

1er.Nombre del Médico o Profesional tratante

ANDREA

2do.Nombre del Médico o Profesional tratante

Tipo Documento

☒ CC ☐ CE ☐ PA

No. Documento

1110505000

Número de Registro de Médico

161155

XII. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	35700	0
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, insumos, suministros y materiales, dentro del anexo técnico número 2.

XIII. DECLARACIONES DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la institución prestadora de servicios salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

DR. MARTIN ALFONSO BOTERO CAÑON

NOMBRE CC. 93.367.665

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



COMPROBANTE DE SERVICIO RECIBIDO

Fecha: 2025-10-16

Yo, **HERNANDEZ CUELLAR ERICSON** identificado con documento NRO **1105464434** como aparece al pie de mi correspondiente firma, en calidad de paciente, manifiesto de manera libre y espontánea que recibí real, materialmente y a entera satisfacción los servicios de:

Atención de Urgencias	<input type="checkbox"/>	Imágenes Diagnósticas	<input type="checkbox"/>	Laboratorios	<input type="checkbox"/>
Atención en UCI	<input type="checkbox"/>	Material de Ortesis	<input type="checkbox"/>	Servicio de Curaciones	<input type="checkbox"/>
Consulta Externa	<input checked="" type="checkbox"/>	Material de Ortopedia	<input type="checkbox"/>	Servicio de hospitalización	<input type="checkbox"/>
Servicio de Cirugía	<input type="checkbox"/>	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	Ecografías	<input type="checkbox"/>

Otros:

Durante la atención correspondiente a la fecha de ingreso: **2025-10-16** y egreso: **2025-10-16**. Que las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se produjo la atención médica son:

Enfermedad General	<input type="checkbox"/>	Accidente Laboral	<input type="checkbox"/>	Accidente de Tránsito	<input checked="" type="checkbox"/>
Accidente Estudiantil	<input type="checkbox"/>				

Otros:

Al proporcionar sus datos personales a través de nuestros formularios físicos o digitales, autoriza expresamente a **Clínica Asotrauma S.A.S** para recolectar información conforme a lo establecido en la Política de Tratamiento datos, para almacenar, usar, circular, suprimir, actualizar y tratar sus datos personales. Esta autorización incluye el uso de sus datos para fines administrativos, comerciales, informativos, de investigación y de contacto, conforme a lo dispuesto por la Ley 158 2012 y demás normas aplicables. Puedes conocer más sobre nuestra política solicitándola al correo **protecciondedatos@asotrauma.com.co** o consultándola en nuestras instalaciones.

De igual forma autorizo el tratamiento de mis datos, conforme al manual de políticas de la **Clínica Asotrauma S.A.S** publicado en la página web **www.asotrauma.com.co** y el tratamiento de mis datos sensibles, los cuales revelen el origen racial o étnico, o permitan la captura de mi huella dactilar, filmación del rostro y en general datos biométricos y relativos a la salud. Para cualquier corrección, actualización, supresión y/o revocación de sus datos personales, debe dirigir escrito a la **Clínica Asotrauma S.A.S** a través del correo electrónico.

NOMBRE Y FIRMA DEL
PACIENTE
**HERNANDEZ CUELLAR
ERICSON
1105464434**

Nota: Este documento se firma como soporte de factura según lo dispuesto en el anexo 5 de la resolución 3047/2008



HISTORIA CLINICA

1105464434

PACIENTE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON

DOC.IDENT: CC 1105464434 SEXO: MASCULINO
FCHA.NACTO: 00.06.28 EDAD:25 A EST.CIVIL:SOLTERO
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBZANIZACION VILLA CAMIL
CIUDAD: AIBAGUE TEL: 3227505024

> CONSULTA PSICOLOGIA :

*** !< NUEVO EVENTO 2025.10.02-10:53:42, (DR(A). LAV - LIZETH ANDREA VANEGAS - C.C. 1110505000 - REG. MEDICO: 161155 - PSICOLOGIA) >! ***

**EXAMEN MENTAL

**PORTE Y ACTITUD: Paciente de 25 años, de tez trigueña y contextura gruesa, denota tener su edad cronologica.

**CONCIENCIA: alerta y lucida

**CONTENIDOS: actitudinales, conceptuales y procedimentales

**ORIENTACION: alopsiquica y autopsiquica

**MEMORIA: reciente y remota

**ATENCION: sostenida

**AFECTO: plano (tristeza, impotencia, frustracion, incertidumbre)

**PENSAMIENTO: critico

**LENGUAJE: organizado y fluido

**INTELIGENCIA: dentro del promedio de su edad y escolaridad

**INSIGHT: se evidencia comprension de la informacion

**PROSPECCION: juicio y raciocinio conservado

**ACTITUD MOTORA: tranquila

**MOTIVA DE CONSULTA: Paciente con antecedente de accidente de transito en calidad de pasajero de un carro el 5 de septiembre del presente año, cuando el carro pierde el control y cae por un abismo. paciente que fue interconsultado por la especialidad de neurocirugia. con un diagnostico de trauma craneoencefalico moderado, contusion temporal y hemorragia subaracnoidea. en el accidente fallec el conductor quien era su amigo

**ENFERMEDAD ACTUAL: Ericson es un joven de 25 años, residente de la ciudad de ibague, oriundo de la dorada caldas, vive con sus padres, se dedica como mecanico de motos. segun lo referido por Ericson " los primeros dias que estuve en el hospital no me acuerdo mucho lo que paso, el dia del accidente no se que paso, cuando me dieron la noticia que mi amigo habia fallecido no me acuerdo la noticia, todo ha sido muy confuso, pero se que desde el primer momento empecé a sentir mi duelo, ha sido difícil porque mas que mi amigo era mi hermano. estar tan encerrado en la casa si me afecta, soy muy funcional y el estar sin hacer nada me desespera"

su progenitora manifiesta " ericson se le estan olvidando las cosas, lo observe muy intranquilo, como si no se sintiera bien en el lugar donde se encuentra"



HISTORIA CLINICA

1105464434

PACIENTE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON

DOC.IDENT: CC 1105464434 SEXO: MASCULINO
FCHA.NACTO: 00.06.28 EDAD:25 A EST.CIVIL:SOLTERO
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBZANIZACION VILLA CAMIL
CIUDAD: AIBAGUE TEL: 3227505024

**ANTECEDENTES FAMILIARES: no refiere

**ANTECEDENTES PERSONALES: no refiere

**IMPRESION DIAGNOSTICA: Paciente con alteracion en su estado de animo, en proceso de elaboracion del duelo.

**PLAN DE MANEJO: se realiza valoracion incial y proceso de entrevista.

se deja cita de control en 15 dias

*** !< NUEVO EVENTO 2025.10.16-11:27:05, (DR(A). LAV - LIZETH ANDREA VANEGAS - C.C. 1110505000 - REG. MEDICO: 161155 - PSICOLOGIA) >! ***

**EXAMEN MENTAL

**PORTE Y ACTITUD: Paciente de 25 años, de tez trigueña y contextura gruesa, denota tener su edad cronologica.

**CONCIENCIA: alerta y lucida

**CONTENIDOS: actitudinales, conceptuales y procedimentales

**ORIENTACION: alopsiquica y autopsiquica

**MEMORIA: reciente y remota

**ATENCION: sostenida

**AFECTO: plano (tristeza, impotncia, frustracion, incertidumbre)

**PENSAMIENTO: critico

**LENGUAJE: organizado y fluido

**INTELIGENCIA: dentro del primedio de su edad y escolaridad

**INSIGHT: se evidencia comprension de la informacion

**PROSPECCION: juicio y raciocinio conservado

**ACTITUD MOTORA: tranquila

**MOTIVA DE CONSULTA: Paciente que asiste a control por psicoogia

**ENFERMEDAD ACTUAL: Erikson manifiesta: "Me he sentido bien, aunque a veces siento que se me olvidan las cosas. fui a visitar a mi amigo a la tumba fue un alivio y un descanso; sentía que necesitaba ese espacio para poder enfrentar la realidad." Relato de su exmujer : "Hace dos semanas fuimos a ver la camioneta y noté que le dio taquicardia; se puso pálido. Habla con frecuencia de sus limitaciones y expresa sentirse inútil por no poder realizar las cosas como antes. segun relato del paciente: "Me da miedo quedarme solo, eso me genera mucha ansiedad. Empiezo a caminar de un lado a otro. Salí a donde un amigo y me sentí muy frustrado, porque sentía que no estaba presente conmigo. En ese momento me frustré mucho; solo me calma no sentirme solo. No quiero estar solo."

HISTORIA CLINICA

1105464434

PACIENTE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON

DOC.IDENT: CC 1105464434 SEXO: MASCULINO
FCHA.NACTO: 00.06.28 EDAD:25 A EST.CIVIL:SOLTERO
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBZANIZACION VILLA CAMIL
CIUDAD: AIBAGUE TEL: 3227505024

**ANTECEDENTES FAMILIARES: no refiere

**ANTECEDENTES PERSONALES: no refiere

**IMPRESION DIAGNOSTICA: Paciente que se observa que presenta varios sintomas ansiosos reactivos a su accidente de transito y elaboracion del duelo de su amigo con el que tuvo el accidente

**PLAN DE MANEJO: se realiza psicoeducacion en emociones

se deja cita de control en 15 dias

Lizeth Andrea Vanegas Rivera
Psicóloga
Universidad San Buenaventura
RM: 161155

LIZETH ANDREA VANEGAS

Registro Medico: 161155



NOMBRE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER Num. Id: CC 1105464434
FECHA NACIMIENTO: 00.06.28 EDAD: 25 A SEXO: M ESTADO CIVIL: S
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBANIZACION VILLA CIUDAD: AIBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3227505024
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: MICHEL ARCINIEGAS
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.09.05 15:49
Fecha/Hora de registro: 2025.09.05 16:22

OBSERVACION

>> PRIMERA VISITA / Fecha: 2025.09.05

<< REGISTRO: 16:22:40 >> (DR(A). FAM - MARTINEZ ANDRES FELIPE - C.C. 1110516445 - REG. MEDICO: 1110516445 - MEDICINA GENERAL)

MOTIVO CONSULTA

ME ACCIDENTE

REINGRESO NOESTADO AL INGRESO

BUEN ESTADO GENERAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE CAMIONETA QUE PRESENTA VOLCAMEINTO CON POSTERIOR TRAUMA EN TORAX CERRADO MIEMBROS SUPERIORES PACIENTE MUY ALGICO.

REVISION POR SISTEMAANTECEDENTES---><<2025.09.05-16:22:49>>, (DR(A). FAM - MARTINEZ ANDRES FELIPE - C.C. 1110516445 - REG. MEDICO: 1110516445 - MEDICINA GENERAL) H.U. 1172568
NIEGA**** EXAMEN FISICO - DIAGNOSTICOS DE INGRESO ****

SIGNOS VITALES TA: 131/77 FC: 89 FR: 17 Tmp: ESTADO EMBRIAGUEZ: NO

ESTADO CONCIENCIA ALERTA: ☒ OBNUBILADO: ☐ ESTUPOROSO: ☐ COMA: ☐ GLASGOW: (15)CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS

ORMOCEFALAA PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS MUOCSA ORAL HUMEDA

CUELLO

MOVIL NO DOLOROSO NO ADENOPATIAS

TORAX

TORAX NORMOCONFIGURADO CS RITMICOS DE BUEN TONO NO SOPLOS MV CONSERVADO DOLORSO A LA PALPACION Y A LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS

ABDOMEN

BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION DE MANERA DIFUSA

GENITOURINARIO

SIN ALTERACIONES

PELVIS

SIN ALTERACIONES

DORSOEXT

DORSO CON PRESENCIA DE DOLOR A NIVEL DE LA REGION DORSO LUMBAR EXTREMIDADES SIMETRICAS MANO DERECHA CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE ARCOS DE MOVILIDAD RODILLA DERECHA CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE ARCOS DE MOVILIDAD RODILLA IZQUIERDA CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE ARCOS DE MOVILIDAD

NEUROLOGICO

ALERTA ORIENTADO EN TRES ESFERAS CON CEFALEA VERTIGO Y ALTERACION TRANSITORIA DEL ESTADO DE CONCIENCIA

PIEL

SIN ALTERACIONES

FANERAS

SIN ALTERACIONES

DIAGNOSTICOS INGRESODIAGNOSTICO DE INGRESO

S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO



CLINICA ASOTRAUMA SAS

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1105464434

ADMISION N_: 1172568

SINIESTRO: 142185

NOMBRE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER Num. Id: CC 1105464434
FECHA NACIMIENTO: 00.06.28 EDAD: 25 A SEXO: M ESTADO CIVIL: S
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBZANIZACION VILLA CIUDAD: AIBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3227505024
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: MICHEL ARCINIEGAS
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.09.05 15:49
Fecha/Hora de registro: 2025.09.05 16:22

OBSERVACION

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2

S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 4

S301 - CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3

S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 5

S202 - CONTUSION DEL TORAX

** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS **

PLAN/CONDUCTA

PACIENTE QUE INGRESA POR CUADRO DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE VEHICULO QUE PIERDE EL CONTROL Y SALE DE LA VIA SUFIENDO VOLCAMIENTO POR LOQUE SUFRIO TRAUMA A NIVEL DE LA CABEZA TORAX ABDOMEN ZONA DORSOLUMBAR Y MIEMBRO SUPERIOR DERECHO Y MIEMBROS INFERIORES EN ESTE MOMENTO CON PRESENCIA DE DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE ARCOS DE MOVILIDAD POR LOQUE SE SOLICITA RX Y TAC DE AREAS AFECTADAS Y REVALORAR CON RESULTADOS PARA DEFINIR CONDUCTA PACIENTE EN ESTE MOMENTO CON ADECUADAS CONDICIONES GENERALES SIN OTRAS ALTERACIONES

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

S/S PARACLINICOS

HEMOGRAMA

BUN

CREATININA

TAC CRANEO SIMPLE;

JUSTIFICACION

TAC DE CRANEO POR TRAUMA CON CEFALEA VERTIGO Y ALTERACION TRANSITORIA DEL ESTADO DE CONCIENCIA

TAC TORAX CON CONTRASTE

JUSTIFICACION

TAC DE TORAX POR TRAUMA CERRADO DE TORAX DE ALTA ENERGIA

TAC ABDOMEN TOTAL CON CONTRASTE

JUSTIFICACION

TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO POR TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN DE ALTA ENERGIA EN EL TRAUMA DE ALTA ENERGIA SE PUEDEN LESIONAR DIVERSOS ORGANOS Y ESTRUCTURAS ABDOMINALES. LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DEL EXAMEN CLINICO ES LIMITADA POR DIVERSOS FACTORES, CON UNA SENSIBILIDAD MUY BAJA; LA ECOGRAFIA TIENE LIMITACIONES POR LA PRESENCIA DE GAS, TENIENDO SENSIBILIDAD 88% SOLO PARA LA PRESENCIA DE LIQUIDO PERITONEAL, Y BAJA ESPECIFICIDAD PARA DETERMINAR EL SITIO DE LA LESION, LESIONES RETROPERITONEALES O VASCULARES, POR LO CUAL, LA TOMOGRAFIA CONTRASTADA DE ABDOMEN SE HA CONVERTIDO EN EL ESTUDIO GOLD STANDARD PARA LA EVALUACION DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO, CON UN RENDIMIENTO DIAGNOSTICO MAYOR AL 98%, MAYOR RAPIDEZ EN LA REALIZACION, PERMITIENDO TENER DIAGNOSTICO INMEDIATO Y TOMAR LAS DECISIONES TERAPEUTICAS ADECUADAS, SIN DEMORA OBTENIENDO IMAGENES COMO SOPORTE DE DIAGNOSTICO Y NO TENER QUE DEPENDER DEL EXAMINADOR.

RX COLUMNA DORSAL O TORAXICA AP LATERAL

JUSTIFICACION

RX DE COLUMNA DORSAL POR TRAUMA CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE ARCOS DE MOVILIDAD

RX COLUMNA LUMBOSACRA, AP - LATERAL

JUSTIFICACION

RX DE COLUMNA LUMBOSACRA POR TRAUMA CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE ARCOS DE MOVILIDAD

RX MANO, AP-LATERAL



NOMBRE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER Num. Id-: CC 1105464434
FECHA NACIMIENTO: 00.06.28 EDAD: 25 A SEXO: M ESTADO CIVIL: S
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBZANIZACION VILLA CIUDAD: AIBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3227505024
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: MICHEL ARCINIEGAS
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.09.05 15:49
Fecha/Hora de registro: 2025.09.05 16:22
OBSERVACION

JUSTIFICACION

RX DE MANO DRECHA POR TRAUMA CON DOLOR EDEMA Y LMITACION DE ARCOS DE MOVILIDAD

RX RODILLA, AP-LATERAL

JUSTIFICACION

RX DE RODILLA DERECHA POR TRAUMAA CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE ARCOS DE MOVILIDAD

RX RODILLA, AP-LATERAL

JUSTIFICACION

RX DE RODILLA IZQUIERDA POR TRAUMA CON DOLOR EDEMA Y LIMTIACION DE ARCOS DE MOVILIDAD

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

KETOROLACO AMPOLLA X 30MG COD 17809 CANT: 1 ADMINISTRAR AHORA

TRAMADOL AMPOLLA X 50 MG CANT: 1 ADMINISTRAR AHORA

DIAGNOSTICOS CONFIRMADOSDIAGNOSTICO PRINCIPAL

S069 - TRAUMATISMO INTRACRANEAL, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2

S800 - CONTUSION DE LA RODILLA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 4

S301 - CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1

S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3

S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 5

S202 - CONTUSION DEL TORAX

<< REGISTRO: 19:55:01 >>

(DR(A). FAM - MARTINEZ ANDRES FELIPE - C.C. 1110516445 - REG. MEDICO: 1110516445 - MEDICINA GENERAL)

**** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS ****EVOLUCION

SE BREVALORA ALPACIENTE EN ESTE MOMETNO CON RESULTADO DE RX Y TAC

RX DE COLUMNA DORSAL SIN TRAZO DE FRACTURA NI OTRAS ALTERACIONES

RX DE COLUMNA LUMBOSACRA CON FRACTUA DE APOFISIS TRANSVERSA DE L1

RX DE MANO SIN TRAZO DE FRACTURA NI OTRAS ALTERACIONES

RX DE RODILLA DERECHA SIN TRAZO DE FRACTURA NI OTRAS ALTERACIONES

RX DE RODILLA IZQUIERDA SIN TRAZO DE FRACUTRA NI OTRAS ALERACIONES

TAC DE CRANEAL SIN LESIONES OSEAS NI HEMORRAGIAS SE OBSERVA IMAGEN QUE SUGIERE POSIBLE HEMORRAGIA EN LA TIENSDA CEREBELOSA

TAC DE TORAX CON FRACTURA DE ARCOS COSTAL ES 8, 9, 10 Y 11 DERECHOS

TAC DE ABDOMEN SIN LESIONES DE ORGANOS INTRAABDOMINAL ES NO LIQUIDO LIBRE EN LA CAVIDAD ABDOMINAL

POR LO QUE SE SOLCIITA VALORACIO POR ESPECIALIDAD DE NEURO CIRUGIA PENDITE DE VALORACION PARA DEFINIR CONDUCTA PACIENTE CON ADECUADAS CONDCIONES GERNALES SIN OTRAS ALTERAIONES



NOMBRE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER Num. Id-: CC 1105464434
FECHA NACIMIENTO: 00.06.28 EDAD: 25 A SEXO: M ESTADO CIVIL: S
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBANIZACION VILLA CIUDAD: AIBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3227505024
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: MICHEL ARCINIEGAS
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.09.05 15:49
OBSERVACION Fecha/Hora de registro: 2025.09.05 16:22

<< REGISTRO: 19:59:05 >>

(DR(A). FAM - MARTINEZ ANDRES FELIPE - C.C. 1110516445 - REG. MEDICO: 1110516445 - MEDICINA GENERAL)

**** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS ******EVOLUCION**

NOTA ACLARATORIA TAC DE CRANEO EN EL CUAL SE OBSEVA CONTUSION HEMORRAGICA TEMPORAL IZQUIERDA

<< REGISTRO: 23:43:28 >>

(DR(A). OTM - TORRES MONTEALEGRE OSCAR IVAN - C.C. 14139079 - REG. MEDICO: 14139079 - MEDICINA GENERAL)

**** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS ******EVOLUCION**

NOTA DE EVOLUCION MEDICA

TRAUM CONTUNDENTE POR ACCIDENTE DE TRANSITO PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD
CONDUCTOR DE CAMIONETA EN ACCIDENTE DE TRANSITO POR VOLCAMIENTO

TRAUMA EN TORAX

FRACTURA DE 8.9.10.11 COSTAL
CONTUSION HEMORRAGIA TEMPORAL IZQUIERDA,

PACIENTE CON SV: FC: 80, FR: 19, TEMP: 36.5 TA: 110/78, CABEZA: NORMAL CUELLO: NORMAL, CARDIOVASCULAR: RUIDOS
CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLS, PULMONAR: NORMAL ABDOMEN: BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION, RUIDOS
INTESTINALES PRESENTES NEUROLOGICO: PACIENTE DESORIENTADO GLASGOW: 12/15

NEUROCIRUGIA CONSIDERA MANEJO EN UCI PENDIENTE TRASLADO A UCI
PENDIENE NOTA OFICIAL CONTINUA VIGILANCIA NEUROLOGICA EN REANIMACION.

>>> CONTROL / Fecha: 2025.09.06

<< REGISTRO: 09:24:42 >>

(DR(A). BTA - ALVAREZ MARIN BARBARA TATIANA - C.C. 1069721601 - REG. MEDICO: 2541 - MEDICINA GENERAL)

**** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS ******EVOLUCION**

NOTA MEDICA TURNO NOCHE

PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS CON DX :

1. CONDUCTOR DE CAMIONETA EN ACCIDENTE DE TRANSITO POR VOLCAMIENTO
2. TRAUMA DE TORAX CERRADO
- 2.1 FRACTURA DE 8-9-10-11 COSTAL ?
3. CONTUSION HEMORRAGIA TEMPORAL IZQUIERDA

PACIENTE MANIFIESTA TOLERANCIA AL DOLOR, NIEGA DISNEA, REFIERE " MUCHO SUEÑO "

AL EXAMEN FISICO NORMOCARDICO , NORMOTENSO , AFEBRIL , SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL E
HIDRATADO, MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN
SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, CON ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA
PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMAS, CON PULSOS PRESENTES CON



NOMBRE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER **Num. Id-:** CC 1105464434
FECHA NACIMIENTO: 00.06.28 **EDAD:** 25 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBZANIZACION VILLA **CIUDAD:** AIBAGUE **DPTO:** 73 **TELEFONO:** 3227505024
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** MICHEL ARCINIEGAS
AT: NO **OBS:** NO **Fecha/Hora de admision:** 2025.09.05 15:49
Fecha/Hora de registro: 2025.09.05 16:22

OBSERVACION

ADECUADA PERFUSION, SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE.

REPORTE DE PARACLINICOS :

HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS 24.940, NEUTROFILOS 93.7% , HEMOGLOBINA 16.2 G/L , HEMATOCRITO 46.16 % , PLAQUETAS 272.000

BUN 16.72 , CREATININA 0.85 mg/dl

PACIENTE QUE INGRESA POR ACCIDENTE DE TRANSITO COMO ESTA DESCRITO EN LA ANAMNESIS , SE VALORA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS, CONTINUARA MANEJO ANALGESICO , VIGILANCIA NEUROLOGICA , CON GLASGOW 15/15 DE INGRESO , AL MOMENTO DE LA VALORACION 12/15 , REFIERE " MUCHO SUEÑO " .

SE DECIDE TOMA DE TAC DE CRANEO DE CONTROL .

PENDIENTE TRASLADO A UCI .

SE LE EXPLICA LO ANTERIOR A LOS FAMILIARES Y AL PACIENTE

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

TAC CRANEO SIMPLE;

JUSTIFICACION

CONTROL POR DETERIORO DE ESTADO DE CONCIENCIA

<< REGISTRO: 09:28:50 >>

(DR(A). EJM - MERCHAN PARADA EDGAR JULIAN - C.C. 1110461997 - REG. MEDICO: 3531 - MEDICINA GENERAL)

**** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS ******EVOLUCION**

EVOLUCION MEDICA SABADO 6 DE SEPTIEMBRE DE 2025

PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS

1. TRAUMATISMO EN EL CRANEO -. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA . CONTUSIONES HEMORRAGICAS
2. TRAUMATISMO DEL TORAX, FRACTURAS COSTALES NO DESPLAZADAS DE 8-9-10 -11 IZQUIERDAS???
3. TRAUMA ABDOMINAL CERRADO

SIGNOS VITALES TA 128/ 74 FC 78 FR 16 SPO2 98%

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MUCOSAS HUMEDAS. CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS CERVICALES
C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN SOBREAGREGADOS. DOLOR EN EL HEMI TORAX IZQUIERDO

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION NO MASAS NO MEGALAS NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

EXTREMIDADES. EUTROFICAS SIN EDEMAS MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES .

NEURO PACIENTE CONCIENTE, ALERTA GLASGOW 15/15 MANIFIESTA CEFALEA DE MODERADA INTENSIDAD, NAUSEAS, CON PERDIDA DE LA CONCIENCIA EN EL EVENTO, Y AMNESIA DEL EVENTO-.

ANALISIS

PACIENTE QUIEN EL DIA E AYER PRESENTO ACCIDENTE DE TRASITO CON POLITRAUMATISMO, ENTRE ESTOS, TRAUMA EN EL CRANEO, CEFALEA, NAUSEAS. TRAUMA CERVICALM, DEL TORAX, DEL ABDOMEN .



CLINICA ASOTRAUMA SAS

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1105464434

ADMISION N°: 1172568

SINIESTRO: 0

NOMBRE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER **Num. Id-:** CC 1105464434
FECHA NACIMIENTO: 00.06.28 **EDAD:** 25 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBZANIZACION VILLA **CIUDAD:** AIBAGUE **DPTO:** 73 **TELEFONO:** 3227505024
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** MICHEL ARCINIEGAS
AT: NO **OBS:** NO **Fecha/Hora de admision:** 2025.09.05 15:49
Fecha/Hora de registro: 2025.09.05 16:22

OBSERVACION

FUE VALORADO INICIALMENTE SE DA TTO ANALGESICO , LIQUIDOS ENDOVENOSOSL HA PERMANECIDO ESTABLE HEMODINAMICA Y RESPIRATORIAMENTE. CON ESTADO NEUROLOGICO CONSERVADO.
SE REALIZO TAC DE CRANEO EN LA CUAL SE APRECIA UNA CONTUSION HEMORRAGICA, CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. NO EFECTO DE MASA. LIGERO EDEMA.
TAC DE TORAX CONTRASTADO NO HEMO NO NEUMOTORAX NO CONSOLIDACIONES NO DERRAMES -. APARENTES TRAZOS DE FRACTUYN NO DESPLAZADA IZQUIERDA - SE REVISI TABLA OSEA SIN EVIDENCIAR LESIONES DE LA COLUMNA DORSAL
TAC DE ABDOMEN CONTRASTADO NO LESIONES INTRAABDOINALES NO LIQUIDO LIBRE NO LESIONES RENALES ESPLENICAS. HEPATICAS SE REVISI TABLA OSEA SIN EVIDENCIAR LESIONES DE LA COLUMNA LUMBOSACRA
SE REALPIZA AJUSTE DE LOS MEDICAMENTOS
SOLICITO EL DIA DE HOY TAC DE CRANEO DE CONTROL, RX DE LA COLUMNA CERVICAL Y RX DE TORAX Y REJA COSTAL DE CONTROL.
CONTINUA EN VIGILANCIA NEUROLOGICA, CONTROL DE SIGNOS VITALES, MANEJO MEDICO.

EXAMENES / ESTUDIOS SOLICITADOS

TAC CRANEO SIMPLE;

JUSTIFICACION

TRAUMA EN EL CRANEO CEFALEA NAUSEAS EMESIS
CONTROL POR HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

RX TORAX PA Y LATERAL

JUSTIFICACION

TRAUUMA EN EL TORQAX FRACTURAS COSTALES IZQUIERDA

RX REJA COSTAL, AP

JUSTIFICACION

TRAUMA EN EL COSTADO IZQUIERDO

RX COLUMNA CERVICAL AP-LATERAL

JUSTIFICACION

TRAUMATISMO DE LA COLUMNA CERVICAL

PRESCRIPCIONES / TRATAMIENTOS

CLORURO DE SODIO 0.9% X 500ML CANT: 1 1000 CC HORA
PARACETAMOL SOL. INYECTABLE X 1G/100 CANT: 1 1 GR IV CADA 8 HORAS
ONDANSETRON AMPOLLA X 8 MG CANT: 1 1 AMPOLLA IV CADA 12 HORAS
FENITOINA SODICA AMPOLLA X 250 COD:5744 CANT: 1 1 AMPOLLA IV CADA 8 HORAS

<< REGISTRO: 10:34:54 >>

(DR(A). BTA - ALVAREZ MARIN BARBARA TATIANA - C.C. 1069721601 - REG. MEDICO: 2541 - MEDICINA GENERAL)



CLINICA ASOTRAUMA SAS

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1105464434

ADMISION N°: 1172568

SINIESTRO: 0

NOMBRE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER Num. Id.: CC 1105464434
FECHA NACIMIENTO: 00.06.28 EDAD: 25 A SEXO: M ESTADO CIVIL: S
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBANIZACION VILLA CIUDAD: AIBAGUE DPTO: 73 TELEFONO: 3227505024
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION RESPONSABLE: MICHEL ARCINIEGAS
AT: NO OBS: NO Fecha/Hora de admision: 2025.09.05 15:49
Fecha/Hora de registro: 2025.09.05 16:22
OBSERVACION

** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS **

EVOLUCION

NOTA MEDICA TURNO DIA

PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS CON DX :

1. PASAJERO DE CAMIONETA EN ACCIDENTE DE TRANSITO POR VOLCAMIENTO
2. TRAUMA DE TORAX CERRADO
- 2.1 FRACTURA DE 8-9-10-11 COSTAL ?
3. HEMORRAGIA SUPRATENTORIAL DEL LADO DERECHO QUE SE EXTIENDE POR LA HOZ DEL CEREBRO

PACIENTE MANIFIESTA TOLERANCIA AL DOLOR, NIEGA DISNEA, REFIERE " MUCHO SUEÑO "

MADRE DEL PACIENTE ACLARA QUE EL PACIENTE IBA DE PASAJERO DE LA CAMIONETA , SUFRIERON VOLCAMIENTO Y EL CONDUCTOR FALLECIO EN EL LUGAR DEL ACCIDENTE

AL EXAMEN FISICO NORMOCARDICO , NORMOTENSO , AFEBRIL , SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL E HIDRATADO, MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, CON ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMAS, CON PULSOS PRESENTES CON ADECUADA PERFUSION, SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE.

TAC DE CRANEO DE CONTROL QUE MUESTRA HEMORRAGIA SUPRATENTORIAL DEL LADO DERECHO QUE SE EXTIENDE POR LA HOZ DEL CEREBRO , SIN APARENTES CAMBIOS CON RESPECTO A LA TOMOGRAFIA INICIAL

SE VALORA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN DETERIORO DEL ESTADO DE CONCIENCIA , CONTINUARA MANEJO ANALGESICO , VIGILANCIA NEUROLOGICA , CON GLASGOW 15/15 DE INGRESO , AL MOMENTO DE LA VALORACION 14/15 , REFIERE " MUCHO SUEÑO " .

PENDIENTE TRASLADO A UCI SEGUN DISPONIBILIDAD DE CAMAS
PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA

SE LE EXPLICA LO ANTERIOR A LOS FAMILIARES Y AL PACIENTE

** NOTA ACLARATORIA : MADRE DEL PACIENTE ACLARA QUE EL PACIENTE IBA DE PASAJERO DE LA CAMIONETA , SUFRIERON VOLCAMIENTO Y EL CONDUCTOR FALLECIO EN EL LUGAR DEL ACCIDENTE **

<< REGISTRO: 16:29:55 >>

(DR(A). BTA - ALVAREZ MARIN BARBARA TATIANA - C.C. 1069721601 - REG. MEDICO: 2541 - MEDICINA GENERAL)

** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS **

EVOLUCION

SE ENTREGA PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO CON ESTABILIDAD CLINICA Y HEMODINAMICA , CON GLASGOW 15/15 , CONCIENTE , ALERTA , ORIENTADO , VALORADO POR NEUROCIRUGIA QUIEN INDICA MONITORIZACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

>>> CONTROL / Fecha: 2025.09.07



CLINICA ASOTRAUMA SAS

HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS

1105464434

ADMISION N°: 1172568

SINIESTRO: 0

NOMBRE: HERNANDEZ CUELLAR ERICSON GAMBER **Num. Id-:** CC 1105464434
FECHA NACIMIENTO: 00.06.28 **EDAD:** 25 A **SEXO:** M **ESTADO CIVIL:** S
DIRECCION: MZ B CASA 22 URBZANIZACION VILLA **CIUDAD:** AIBAGUE **DPTO:** 73 **TELEFONO:** 3227505024
OCUPACION: 999 PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION **RESPONSABLE:** MICHEL ARCINIEGAS
AT: NO **OBS:** NO **Fecha/Hora de admision:** 2025.09.05 15:49
Fecha/Hora de registro: 2025.09.05 16:22

OBSERVACION

<< REGISTRO: 21:23:02 >> (DR(A). EKB - BARRETO LUNA ELIANA KATERINE - C.C. 1108931197 - REG. MEDICO: 1108931197 - MEDICINA GENERAL)

** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS **

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 2025.09.07-21:22:52 ESTADO A LA SALIDA: VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

>>> CONTROL / Fecha: 2025.09.08

<< REGISTRO: 03:27:34 >> (DR(A). EKB - BARRETO LUNA ELIANA KATERINE - C.C. 1108931197 - REG. MEDICO: 1108931197 - MEDICINA GENERAL)

** ANALISIS-PLAN-EXAMENES-PROCEDIMIENTOS-TRATAMIENTOS **

PLAN/CONDUCTA

DESTINO A LA SALIDA: HOSPITALIZACION
SERVICIO:

FECHA-HORA DE EGRESO: 25.09.08-03:27:20 ESTADO A LA SALIDA: VIVO
INCAPACIDAD: CERO (0) DIAS

**** SALIDA DEL PACIENTE ****

DESTINO SALIDA: HOSPITALIZACION

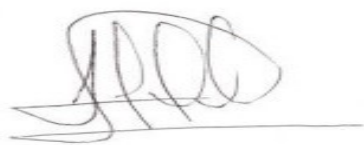
SERVICIO:

FECHA DE EGRESO: 25.09.08

HORA DE EGRESO: 03:27:20

ESTADO A LA SALIDA:

VIVO



Dr. MARTINEZ ANDRES FELIPE

Registro Medico: 1110516445

CC - 1110516445

**CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTA HISTORIA CLINICA SON VERIDICOS Y QUE
FUERON EXPLICADOS EN SU TOTALIDAD POR EL MEDICO TRATANTE.**

NOTA: Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso a la institución sobre síntomas de COVID-19, contacto de pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 y la realización de viajes en los últimos 15 días. Se realiza lavado de manos según las recomendaciones de la OMS, en los cinco momentos, en técnica y duración. Además se utiliza equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente para COVID-19, también se realiza limpieza y desinfección de los equipos después de la atención de cada paciente.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE:

Consulta Automotores

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

Realizar otra consulta

PLACA DEL VEHÍCULO:	MOX187		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10027982085	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
TIPO DE SERVICIO:	Particular	CLASE DE VEHÍCULO:	CAMIONETA

Información general del vehículo

MARCA:	VOLKSWAGEN	LÍNEA:	AMAROK
MODELO:	2011	COLOR:	ROJO TORNADO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	CDC006279
NÚMERO DE CHASIS:	WV1ZZZ2HZZB8004828	NÚMERO DE VIN:	WV1ZZZ2HZZB8004828
CILINDRAJE:	2000	TIPO DE CARROCERÍA:	DOBLE CABINA
TIPO COMBUSTIBLE:	DIESEL	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	16/07/2010
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA DE TTOYTTE MEDELLIN	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	4

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

Datos Técnicos del Vehículo

Póliza SOAT

Número de póliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Entidad expide SOAT	Código tarifa	Estado
89600321	27/10/2024	29/10/2024	28/10/2025	COMPañIA MUNDIAL DE SEGUROS S A	222	VIGENTE
430800452328	10/2023	29/10/2023	28/10/2024	LA PREVISORA S.A.COMPAñIA DE SEGUROS	222	NO VIGENTE
30403905	27/10/2022	28/10/2022	27/10/2023	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	222	NO VIGENTE
27351528	21/09/2021	22/09/2021	21/09/2022	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	222	NO VIGENTE
25207138	28/08/2020	29/08/2020	28/08/2021	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	221	NO VIGENTE

Registros por página 10 1 - 5 de 5 < > >|

Pólizas de Responsabilidad Civil

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

Solicitudes

Información Blindaje

Compromiso de desintegración física total y Pólizas de Caución

Autorización de registro inicial vehículo nuevo de carga



Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE



LICENCIA DE TRÁNSITO No.

10027982085

PLACA

HOX187

MARCA

VOLKSWAGEN

LÍNEA

AMAROK

MODELO

2011

CILINDRADA CC

2.000

COLOR

ROJO TORNADO

SERVICIO

PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO

CAMIONETA

TIPO CARROCERÍA

DOBLE CABINA

COMBUSTIBLE

DIESEL

CAPACIDAD Kg/PSJ

1000 - 4

NÚMERO DE MOTOR

CDC006279

REG

N

VIN

WV1ZZZ2HZB8004828

NÚMERO DE SERIE

REG

N

NÚMERO DE CHASIS

WV1ZZZ2HZB8004828

REG

N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)

GUZMAN OBANDO EDUARDO

IDENTIFICACIÓN

C.C. 93372224

COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

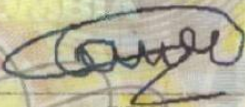
NÚMERO **1.105.464.434**


HERNANDEZ CUELLAR

APELLIDOS

ERICSON GAMBER

NOMBRES


FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-JUN-2000**

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 **A+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

07-SEP-2018 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P 2300100-01038895 M-1105464434-20180927 0062684814A 1 638512-462

MINISTERIO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL