



DIRECCIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO



FORMULARIO

DÍA 29 MES 09 AÑO 19

Nombres completos del paciente

Carlos Flores De la Hoz

Identificación

2011263026

① Pedialite zinc #1

uso: pasar a flebocloro en 1 hora

② Metoclopramida 15 #4

uso: pasar 1 h 20 minutos antes de comer por

③ buprenorfina 15 mg #6

uso: pasar 1 h c/6 horas

Nombres del profesional:

Rosario Díaz 013

Firma y Sello:



BIENESTAR UNIVERSITARIO FORMATO ÚNICO DE INCAPACIDAD

FECHA		
27	09	2019
Día	Mes	Año

Flores

Primer Apellido

De la Hoz

Segundo Apellido

Carlos Buyma

Nombres

SEXO M ☒ F ☐

EDAD: 30 años

CÓDIGO 2011263026

PROGRAMA odontólogo

SEMESTRE 8

CONTINGENCIA

TOTAL DÍAS EXCUSA

- ☒ Enf. General
☐ Lic. Maternidad
☐ Enf. Profesional
☐ Accidente

Número de Días

uno

Letras

Fecha de Inicio

27/09/19

Fecha de Finalización

24/09/19

RESUMEN CLÍNICO Y DIAGNOSTICO

sefección sistémica

PROFESIONAL QUE EXPIDE INCAPACIDAD

Rosario Díaz 013

Nombres

Firma y Sello

Santa Marta, Magdalena

11 de septiembre de 2019



UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL

11 SEP 2019

COMUNICACIÓN EXTERNA RECIBIDA

Nº RAD. 18106 HORA: 5:19 pm

Señores: programa de odontología

Mi nombre es Carlos Brayan Flores de la Hoz, Estudiante de odontología identificado con el código estudiantil 2011263026. Me permito llegar a ustedes la situación en la que me encuentro. En este último mes la situación económica en mi hogar se ha deteriorado bastante lo que me ha dificultado al momento de ejecutar mis competencias en clínica lo que ha llevado a que mi rendimiento en esta sea deficiente.

Por tal motivo pido de antemano la cancelación de las asignaturas: pediatría y rehabilitación. De este mismo modo menciono que al abrir mi modulo no aparece matriculada la asignatura de periodencia, que inicialmente pedí matricular este semestre. Por favor espero su pronta respuesta y espero que me puedan entender.

CARLOS FLOREZ DE LA HOZ

CC1124116483

COD 2011263026

CARLOSFLOREZ.OD@GMAIL.COM

CEL 3008534749

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
COMUNICACIÓN
RECIBIDA SIN ANEXO



CLINICA MAR CARIBE

Cra. 19 No. 18-174 Teléfonos: 4206464/65/61 Fax: 4201052
Santa Marta D.T.C.H.- Col.

Fecha: 05/10/19
Paciente: Carlos Flores De la Hoz
Empresa: Poliza
C.C.: 1143116483 Edad: 30A
Dirección:
Diagnóstico: 5610

R/

① Ketflex tab 500mg #28
us. una tab/6h x 2 dñ

② Acetaminofen tab 500mg #10
us. una tab/6h x dolor.

Margarita R. Macías Valle
R.M. 1.082.950.889
MEDICO UCC



COLSALUD S.A.
CLINICA MARCARIBE
URGENCIAS

Favor presentar esta fórmula en la próxima consulta



CLINICA MAR CARIBE

Cra. 19 No. 18-174 Teléfonos: 4206464/65/61 Fax: 4201052
Santa Marta D.T.C.H.- Col.

Fecha: 05/10/19
Paciente: Carlos Flores De la Hoz
Empresa: Poliza
C.C.: 1143116483 Edad: 30
Dirección:
Diagnóstico: 5610

R/

Incapacidad física
x 7 dñ desde

05/10/19 hasta

11/10/19



COLSALUD S.A.
CLINICA MARCARIBE
URGENCIAS

Margarita R. Macías Valle
R.M. 1.082.950.889
MEDICO UCC

Favor presentar esta fórmula en la próxima consulta



CLINICA MAR CARIBE

Cra. 19 No. 18-174 Teléfonos: 4206464/65/61 Fax: 4201052
Santa Marta D.T.C.H.- Col.

Fecha: 05/10/19
Paciente: Carlos Flores De la Hoz
Empresa: Poliza estudiante
C.C.: 1143116483 Edad: 30A
Dirección:
Diagnóstico: 5610

R/

Val x Cy de fono
consulta externa



COLSALUD S.A.
CLINICA MARCARIBE
URGENCIAS

Margarita R. Macías Valle
R.M. 1.082.950.889
MEDICO UCC

Favor presentar esta fórmula en la próxima consulta



CLINICA MAR CARIBE

Cra. 19 No. 18-174 Teléfonos: 4206464/65/61 Fax: 4201052
Santa Marta D.T.C.H.- Col.

Fecha: 05/10/19
Paciente: Carlos Flores De la Hoz
Empresa: Poliza
C.C.: 1143116483 Edad: 30A
Dirección:
Diagnóstico: 5610

R/

Retino de Punt
A los 8 dñ



COLSALUD S.A.
CLINICA MARCARIBE
URGENCIAS

Margarita R. Macías Valle
R.M. 1.082.950.889
MEDICO UCC

Favor presentar esta fórmula en la próxima consulta



BIENESTAR UNIVERSITARIO
FORMATO ÚNICO DE INCAPACIDAD

FECHA		
07	10	2019
Día	Mes	Año

Florez	de la Hoz	Carlos Brayan
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	EDAD: 30	CÓDIGO: 2011263026
PROGRAMA: Odontología	SEMESTRE: 8	

CONTINGENCIA	TOTAL DÍAS EXCUEA
<input type="checkbox"/> Enf. General	Número de Días: 7
<input type="checkbox"/> Lic. Maternidad	Letras: Sete
<input type="checkbox"/> Enf. Profesional	Fecha de Inicio: 05/10/2019
<input checked="" type="checkbox"/> Accidente	Fecha de Finalización: 11/10/2019

RESUMEN CLÍNICO Y DIAGNOSTICO	5+10
Margarita P. Rojas	RM 1082950889
PROFESIONAL QUE EXPIDE INCAPACIDAD	Rosaura Díaz Ortiz
	Nombres
	Firma y Sello

Doc. Diana Escobar

[Handwritten signature]
7-10-19
2:41 PM