



Metrosalud

MEDELLIN

JULIO 31/2018

MARIA RUBIELA ARISTIZABAL DE VASQUEZ

EPS : SAVIA SALUD.

IPS : METROSALUD (CS SANTANDER)

CERTIFICADO MEDICO

CERTIFICO QUE LA SEÑOR MARIA RUBIELA ARISTIZABAL DE VASQUEZ IDENTIFICADA CON CC # 21.777.789 de Granada (Ant.) PADECE DISCAPACIDAD FISICA: HIPERTENSION ARTERIAL (I10X) , COXARTROSIS (M169); TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION POR DESPLAZAMIENTO FORZADO DE SU TERRUÑO POR MOTIVOS DE VIOLENCIA (F412), CATARATA SENIL BILATERAL; MANEJADA EN EL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y CON MEDICAMENTO ANTIDEPRESIVOS EN NUESTRA INSTITUCION ,TAL COMO FIGURA EN LA HISTORIA CLINICA QUE REPOSA EN NUESTROS ARCHIVOS.ES DE ANOTAR QUE COMO MEDICOS GENERALES NO PODEMOS EMITIR CONCEPTO SOBRE PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD (MEDICINA LEGAL-MEDICINA LABORAL O MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL).

SE EXPIDE A SOLICITUD DEL USUARIO

Atte


Metrosalud
Registro Médico 19403-88
Luis Fernando
Peña G.
Coordinador CS

LUIS FERNANDO PEÑA GUTIERREZ

CC 70117885 Reg. 19403-88

Coordinador centro de salud Santander



Metrosalud[®]

NOMBRE MARIA RUBIELA ARISTIZABAL

DOCUMENTO: 21777789

ESTUDIO: RX DE CADERA

FECHA: 01 FEBRERO DE 2017

La mineralización ósea disminuida en forma difusa por osteopenia.

No se aprecian lesiones focales.

Preservada la esfericidad de la cabeza femoral en forma bilateral

La configuración anatómica del sacro es normal

Simétricas las articulaciones sacroilíacas.

Los espacios articulares son regulares y no se identifica esclerosis ni alteración en la apariencia del iliaco adyacente.

Normales los espacios articulares coxofemorales. Adecuada cobertura acetabular de las cabezas femorales. La cadera derecha con algún grado de rotación interna.

No hay alteración en la sínfisis púbica.

Calcificaciones pélvicas izquierdas correspondientes a flebolitos.

Irregularidades en las tuberosidades isquiáticas por entesopatía.

Preservadas las líneas grasas profundas.

Osteofitos en lo incluido de la columna lumbar.

CONCLUSION:

Osteopenia.

Entesopatía que compromete las tuberosidades isquiáticas.

Nota: formación bilateral de osteofitos en los techos acetabulares de predominio derecho

DRA. SOL MARIA VELEZ P.
Médica Radióloga
18.1-94

1. PACIENTE		Fecha	Día: 29	Mes: 07	Año: 2019
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Arastaza		de Vóquez		Liano Rubela	
Documento de identificación		Número		Edad	Género
<input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?		21.777.789		64	F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Dirección residencia		Teléfono(s)		Municipio	Departamento
Calle 106 B # 74 - 58		4763968		Medellín	Antioquia
Afilación al S.G.S.S.S. <input checked="" type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?				Nombre de la entidad aseguradora	
				SARIC SALUD	

2. MEDICAMENTOS					
Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / vía de administración / frecuencia de administración	En números	En letras
Clonazepam	0,5 mg	tablets	Tomar 1 tableta c/ 12h (2vl día)	60	sesenta

Tiempo del tratamiento:	1 mes	Diagnóstico:	Tx ansiedad y depresión	Código CIE10:	F419
-------------------------	-------	--------------	-------------------------	---------------	------

3. PROFESIONAL <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Odontólogo <input type="checkbox"/> Especialidad ¿Cuál?					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Perez		Lamprey		Yanio Alexander	
Documento de identificación		Número		Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (No. y fecha)	
<input checked="" type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Otro Cual?		43567937		53117-19	
Institución donde labora		Dirección		Teléfono	Ciudad
Hecroalud - CS Santander Calle 75 # 111 - 71				273-1744151	Medellín

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)						
Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento			Documento de identificación		Firma	
Apellidos y nombres del dispensador			Documento de identificación		Firma	
Medicamentos Dispensados	Cant. Entregada en Numeros	Cant. Entregada en Letras	Fecha (dd/mm/aa)	Cant. Entregada en Numeros	Cant. Entregada en Letras	Fecha (dd/mm/aa)

Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico	Dirección

Señor usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial solo tiene una vigencia de quince(15) días a partir de la fecha de prescripción.

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO O SERVICIO FARMACEUTICO QUE DISPENSA

Identificación: CC 21.777.789 No. Historia Clínica: 21777789 Fecha: May.27/2019 Atención: 50
Apellidos y Nombres: ARISTIZABAL DE VASQUEZ MARIA RUBIELA Sexo: FEMENINO OM 61-108782
Edad: 64 Años Dirección: CALLE 106B No 74 58 Entidad: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS
Nivel: NIVEL 0 Tipo afiliación: REGIMEN SUBSIDIADO Tel: 4763968 Centro Costos: Santander P.y P - Hipertension Arterial (HTA)
Diagnóstico: PRINCIPAL: I10X SECUNDARIO: F412 TERCARIO: E749

Descripción del medicamento	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis/ Via de administración/Indicaciones	Cantidad Formulada	Cant. Despa
Amlodipino 5 mg tableta	5 mg	TABLETA	Tomar Dos Tabletas En La Noche Via Oral Cada 24 Horas Durante 2 Meses	120 (CIENTO VEINTE)	
Acetil salicilico acido 100 mg tableta	100 mg	TABLETA	Tomar Un Atableta Con El Almuerzo Via Oral Cada 24 Horas Durante 2 Meses	60 (SESENTA)	
Hidroclorotiazida 25 mg tableta	25 mg	TABLETA	Tomar Una Tableta En La Mañana Via Oral Cada 24 Horas Durante 2 Meses	60 (SESENTA)	
Fluoxetina 20 mg	20 mg	TABLETA	Tomar Una Tableta Dos Veces Al	120 (CIENTO VEINTE)	

Observaciones:

GABRIEL HERNANDO MEDINA RODAS

GABRIEL HERNANDO MEDINA RODAS
CC 71.781.643 Registro: 5-1673-04
Medicina General

Firma Usuario

ESTA FORMULA MEDICA TIENE UNA VALIDEZ DE 5 DIA(S)

Identificación: CC 21.777.789
 Apellidos y Nombres: ARISTIZABAL DE VASQUEZ MARIA RUBIELA
 Edad: 64 Años Dirección: CALLE 106B No 74 58
 Nivel: NIVEL 0 Tipo afiliación: REGIMEN SUBSIDIADO Tel: 4763968
 Diagnóstico: PRINCIPAL: I10X SECUNDARIO: F412

Atención: 50
 OM61 108782
 Sexo: FEMENINO
 Entidad: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS
 Centro Costos: Santander P y P - Hipertension Arterial (HTA)
 TERCARIO: E749

Descripción del medicamento	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / Via de administración/Indicaciones	Cantidad Formulada	Capit Despa
Losartan 50 mg tableta	50 mg	TABLETA	Meses Tomar Una Tableta Dos Veces Al Dia Via Oral Cada 12 Horas Durante 2 Meses	120 (CIENTO VEINTE)	
Amitriptilina 25 mg tableta	25 mg	TABLETA	Meses Tomar Una Tableta En La Noche Via Oral Cada 24 Horas Durante 2 Meses	60 (SESENTA)	
Metoprolol 50 mg tableta	50 mg	TABLETA	Meses Tomar Media Tableta Dos Veces Al Dia Via Oral Cada 12 Horas Durante 2 Meses	60 (SESENTA)	

GABRIEL HERNANDO MEDINA RODAS

GABRIEL HERNANDO MEDINA RODAS
 CC 71.781.643 Registro: 5-1673-04
 Medicina General

Firma Usuario

No. 0371935

Año: 2019

1. PACIENTE

Fecha: 24 / Día: 05 / Mes: 05

Primer apellido: Aristizabal / Segundo apellido: de Vasquez / Nombres: Nerya Rubiela

Documento de identificación: 21'777.789 / Número: 64 a. / Género: F X / M

Dirección residencia: Cl 106B # 74-55 / Teléfono(s): 4763968 / Municipio: Medellín / Departamento: Antioquia

Afiliación al S.G.S.S.S.: ☒ Subsidiado ☐ Contributivo ☐ Otro ¿Cuál? / Nombre de la entidad aseguradora: Survisalud

2. MEDICAMENTOS

Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / vía de administración / frecuencia de administración	En números	En letras
Clonazepam	0.5 mg	tab.	Tomar 1 tableta dos veces al día	60	sesenta

Tiempo del tratamiento: 01 mes / Diagnóstico: Trastorno de ansiedad / Código CIE10: F419

3. PROFESIONAL ☒ Médico ☐ Odontólogo ☐ Especialidad ¿Cuál?

Primer apellido: Medina / Segundo apellido: Rodas / Nombres: Gabriel Hernando

Documento de identificación: 71'781643 / Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (No. y fecha): 5-1673-04 / Firma: [Firma]

¿C.C. / Otro ¿Cuál? / Dirección: Cra 75 # 111-71 / Teléfono(s): 2731444 / Ciudad: Medellín

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)

Medicamentos Dispensados	Cant. Entregada en Números	Cant. Entregada en Letras	Fecha (dd/mm/aa)	Cant. Entregada en Números	Cant. Entregada en Letras	Fecha (dd/mm/aa)
[Espacio para datos]						

Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento: [Espacio] / Documento de identificación: [Espacio] / Firma: [Espacio]

Apellidos y nombres del dispensador: [Espacio] / Documento de identificación: [Espacio] / Firma: [Espacio]

Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico: [Espacio] / Dirección: [Espacio]

Señor usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial solo tiene una vigencia de quince(15) días a partir de la fecha de prescripción.