

ANEXO TECNICO No: 3
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

| | | | | |
|--|---------|---|---|---|
| Nombre del prestador Código Teléfono | | NUMERO DE SOLICITUD 230010172701 3104110695 Número | AG 0001 IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA Dirección del Prestador Departamento: CORDOBA CL 30 No 12 - 05 | Fecha: 01/03/2018 900653844-6 Hora: 07:00AM |
| ENTIDAD A LA QUE SE SOLICITA AUTORIZACIÓN | | SALUD VIDA CODIGO: EPS033 | | |
| TAMARA 1er. APELLIDO | | ORTIZ 2do. APELLIDO | LINA 1er. NOMBRE | MARCELA 2do. NOMBRE |
| Tipo de Documento de Identificación | | | | |
| <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería | | <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificar <input type="checkbox"/> Menor sin Identificar | Número de Documento de Identificación Fecha de Nacimiento: 14/01/1998 Teléfono: 1067097250 | |
| Dirección de residencia Habitual: | | VDA COSTA RICA | Teléfono: | 3215039052 |
| Departamento | CORDOBA | 23 Municipio MONTERIA | 001 Teléfono celular | |
| Correo electrónico | | | | |
| Cobertura en Salud | | | | |
| <input type="checkbox"/> Regimen Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Regimen Subsidiado-Total | | <input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado-Parcial Población Pobre No Cubierta | <input type="checkbox"/> Población Pobre No Sisbenizada Desplazado | <input type="checkbox"/> Planes Adicionales de salud OTRO. Cual? |
| INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS | | | | |
| ORIGEN | | <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional | | <input type="checkbox"/> Evento Catastrófico | | |
| TIPO DE SERVICIO | | <input type="checkbox"/> Prioridad de la Atención <input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria <input type="checkbox"/> No Prioritaria | | |
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización | | | | |
| <input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Urgencias | | <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización | Servicio | HOSPITALIZACION DOMICILIARIA |
| Cama | | | | |
| Manejo Integral según guía de: | | | | |
| Código CUPS 1 SV000069 2 890101 3 890111 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 | | Cantidad 31 1 19 | Descripción ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA AUXILIAR DIURNO 24 HORAS URBANO ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA VER ORDENES MEDICAS ANEXADAS EN LA HISTORIA | |
| Justificación Clínica: | | PACIENTE FEMENINA MAYOR DE EDAD, INGRESA AL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA, PARA CONTINUAR TRATAMIENTO. | | |
| Impresión Diagnóstica | | CIE 10 G800 | Descripción PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA | |
| Diagnóstico principal Diagnóstico relacionado 1 Diagnóstico relacionado 2 | | | | |
| INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA | | | | |
| Profesional que solicita: | | Teléfono: 7894339 Número Extensión | | |
| Nombre: LILIANA DEL CARMEN CORREA Cargo: MEDICO R.M. 5-2015 | | Teléfono celular | | |

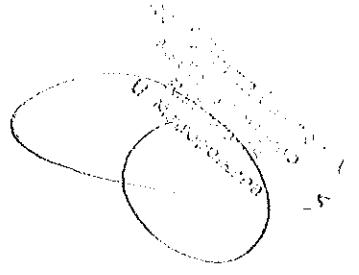
I.P.S.
 Mi Casa Mi Hospital
 De La Sabana
Sobre la roca de los leones
 Nombre: Gre Tamara OTT
 Identificación: 1067097250

| | | |
|-----------|-----------|-------------|
| Día | Mes | Año |
| <u>28</u> | <u>02</u> | <u>2015</u> |

R1
 Cruzado Cruzado
 Domicilio: 30.
 Edad: 30.

I.P.S.
 Mi Casa Mi Hospital
 De La Sabana
Sobre la roca de los leones
 Nombre: Jing Tamara OTT
 Identificación: 1067097250

| | | |
|-----------|-----------|-------------|
| Día | Mes | Año |
| <u>28</u> | <u>02</u> | <u>2015</u> |

R1
 Cruzado Cruzado
 Tropas Tropas
 Obraen
 dirin. 20/Jan


L.P.S.
Mi Casa Mi Hospital
De La Sabana

Sobre la roca de Jesucristo

Nombre: Maria Tamanu C.I. 12
Identificación: 1007097250

Fecha 28 02 2018

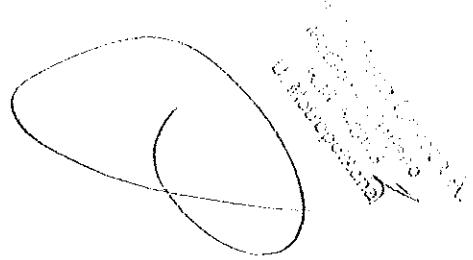
Dia Mes Año

R/

ss visita medico

chichina

mentezel.



L.P.S.
Mi Casa Mi Hospital
De La Sabana

Sobre la roca de Jesucristo

Nombre: Vine Tamara Orliz
Identificación: 1003097250

Fecha 28 02 2018

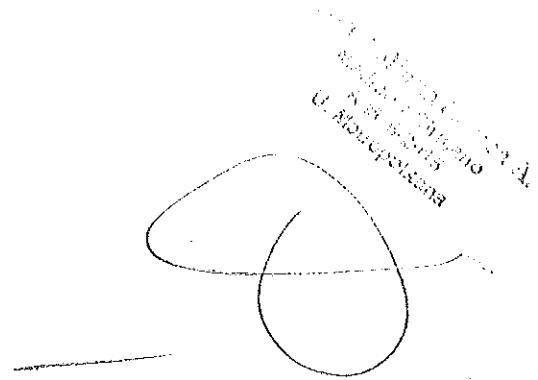
Dia Mes Año

R/

atencion de enfermeras

24 hrs

y mas.



EVOLUCIÓN HISTORIA CLÍNICA

IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.
Nit NI 900653844-6 Código 2300101727

CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339
MONTERIA - CÓRDOBA

| | |
|---------|---|
| Usuario | CC 1067097250 TAMARA ORTIZ LINA MARCELA |
| FECHA | DESCRIPCIÓN |

ABDOMEN BLANDO, GASTROSTOMIA EN BUENAS CONDICIONES
GU NORMOCONFIGURADOS, USO DE PAÑALES DESECHABLES, NO CONTROL DE
ESFINTERES, PRESENCIA DE ESCARAS EN REGION SACRA
EXTREMIDADES HIPOTROFICAS
SNC SECUELAS DE PARALISIS CEREBRAL, ESPASTICA, AUSENCIA DE LENGUAJE
ESCALA DE BARTHEL: PACIENTE QUIEN REQUIERE SER ALIMENTADA POR OTRA PERSONA
POR MEDIO DE GASTROSTOMIA, REQUIERE QUE OTRA PERSONA LA VISTA O ARREGLE, NO
CONTROLA ESFINTERES, DEPENDIENTE DE PERSONA FUERTE PARA TRASLADARLA DE LA
CAMA A LA SILLA, NO DEAMBULA.
PUNTAJE DE 10. DEPENDENCIA ALTA
PACIENTE QUIEN POR SUS CONDICIONES REQUIERE CONTINUAR EN EL PROGRAMA CON :

- * CUIDADOS DE ENFERMERIA 24 HORAS POR 1 MES
- * VISITA MEDICA DOMICILIARIA MENSUAL
- * TERAPIA FISICA DOMICILIARIA DIARIA # 20 SESIONES AL MES
- * CURACIONES DIARIAS

Dr(a). LILIANA DEL CARMEN CORREA

28/02/2018 PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD QUIEN PERTENECE AL PROGRAMA DE
HOSPITALIZACION DOMICILIARIA DE FORMA INDEFINIDA CON DIAGNOSTICO DE:
PARALISIS CERbral INFANTIL ESPASTICA
EPILEPSIA
RETARDO MENTAL GRAVE Y OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO
DESNUTRICION GRAVE.
PACIENTE POSTARDA EN CAMA, ESPASTICA, EN PESIMO ESTADO MUSCULOESQUELETICO,
SIN FUERZA NI TONO MUSCULAR CON TA: 90/60 FR: 16FC: 92T: 36°
NORMOCEREO, AFASICA, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS,
TIENDA DE TRAQUEOSTOMIA EN BUENAS CONDICIONES
TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PULMONES VENTILADOS
ABDOMEN BLANDO, GASTROSTOMIA EN BUENAS CONDICIONES
GU NORMOCONFIGURADOS, USO DE PAÑALES DESECHABLES, NO CONTROL DE
ESFINTERES, PRESENCIA DE ESCARAS EN REGION SACRA
EXTREMIDADES HIPOTROFICAS
SNC SECUELAS DE PARALISIS CEREBRAL, ESPASTICA, AUSENCIA DE LENGUAJE
ESCALA DE BARTHEL: PACIENTE QUIEN REQUIERE SER ALIMENTADA POR OTRA PERSONA
POR MEDIO DE GASTROSTOMIA, REQUIERE QUE OTRA PERSONA LA VISTA O ARREGLE, NO
CONTROLA ESFINTERES, DEPENDIENTE DE PERSONA FUERTE PARA TRASLADARLA DE LA
CAMA A LA SILLA, NO DEAMBULA.
PUNTAJE DE 10. DEPENDENCIA ALTA
PACIENTE QUIEN POR SUS CONDICIONES REQUIERE CONTINUAR EN EL PROGRAMA CON :

- * CUIDADOS DE ENFERMERIA 24 HORAS POR 1 MES
- * VISITA MEDICA DOMICILIARIA MENSUAL
- * TERAPIA FISICA DOMICILIARIA DIARIA # 20 SESIONES AL MES
- * CURACIONES DIARIAS

Dr(a). LILIANA DEL CARMEN CORREA
Medico y Enfermero
P. M. 5-2015
U. Metropolitana

3-4-2018
3-4-10 Punto de vista
10x
(continua) - Deambulación

FORMATO 1.

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DE CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA

Fecha de elaboración: 27-03-2018

Nombre: Jina Tamara Ortiz Identificación: 1067097250

Entidad Aseguradora: SALUD VIDA Edad 19 Años

Diagnóstico:

Parálisis Cerebral Infantil Espástica.
Retardo Mental Grave.

| Ítems a Evaluar | Estándar | Puntos Evaluados |
|---|----------|------------------|
| 1. ACTIVIDADES BASICAS | | |
| Monitoreo estándar, Registro de Signos vitales (TA, FC, FR, T°C, SpO2) | (3) | 3 |
| Medicamentos intravenosos múltiples, más de un medicamento, en bolo o Infusión | 3 | |
| 2. APOYO VENTILATORIO | | |
| Ventilación mecánica invasiva | 5 | |
| Ventilación mecánica no invasiva | (2) | 2 |
| Oxígeno suplementario con FIO2 mayor 35% | (2) | 2 |
| Oxígeno suplementario con FIO2 menor al 35% | 1 | |
| Cuidados de traqueotomía | (2) | 2 |
| 3. APOYO CARDIOVASCULAR | | |
| Administración intravenosa de grandes dosis de líquidos. | 3 | |
| Catéter venoso central, catéter PIC | 2 | |
| 4. APOYO RENAL | | |
| Mediciones cuantitativas del gasto urinario, catéter vesical | 3 | |
| 5. APOYO METABOLICO | | |
| Nutrición parenteral | 5 | |
| Alimentación enteral por sonda nasogástrica, gastrointestinal y/o yeyunostomía | (3) | 3 |
| 6. INTERVENCIONES ESPECIFICAS | | |
| Curaciones | (1) | 1 |
| Administración de medicamentos de protocolo especial. (Aplica para aquellos medicamentos que puedan generar abuso y dependencia (morphina-hidromorfona-meperidina-metadona-metilfenidato-fenobarbital, benzodiacepinas) | (2) | 2 |
| Manejo de sondas catéteres y drenes | 3 | |
| Manejo de abdomen abierto | (4) | 4 |
| TOTAL | | 19. |

| CLASE | PUNTOS | DISTRIBUCION |
|-------|-------------|--|
| I | Mayor de 30 | Auxiliar de enfermería permanente + seguimiento por enfermería profesional |

| | | |
|-----|---------|--|
| II | 30 - 25 | Auxiliar de enfermería permanente |
| III | 24 - 20 | Auxiliar de enfermería 12 horas para cuidados de educación y administración de medicamentos. Evaluar número de días requeridos. |
| IV | 19 - 15 | Auxiliar de enfermería 6 horas o eventos para cuidado educación y administración de medicamentos evaluar número de días requeridos |

Nota: Se debe evaluar cada caso de forma integral y específica.

OBSERVACIONES:

Pacientes con x riesgo Admisión
es positivo requiere cuidado
inmediato de Enfermera

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

Es condición indispensable para la prestación del servicio la presencia de un cuidador responsable del paciente durante toda la prestación del servicio.

Lillian Correa A.
Médico Cirujano
Instituto Politécnico
M 5-2015



CERTIFICACION DE RECIBO DE MEDICAMENTOS,
DISPOSITIVOS MEDICOS Y CUMPLIMIENTO DE
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL

CÓDIGO:
FGDO-022
VERSIÓN: 01
EMISIÓN:
02/02/2016
PÁGINA:
1 de 1

CERTIFICACION DE RECIBO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y CUMPLIMIENTO
DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

FECHA DE ENTREGA: 01 03 2018

NOMBRE DEL PACIENTE: Linda Mirella Tamara Ortiz

IDENTIFICACION: 1067097750

E.P.S: Salud Vida

Yo x Cenit Ortiz identificado con C.C. Número: 50885672brando en nombre propio como paciente y/o cuidador del paciente citado en el encabezado de este documento, recibo conforme los medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos relacionados a continuación:

| No | MEDICAMENTO | PRESENTACION | CANTIDAD EN 24 HORAS | DIAS DE TRATAMIENTO ENTREGADO | TOTAL UNIDADES RECIBIDAS |
|----|-------------|--------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| No | DISPOSITIVOS MEDICOS | PRESENTACION | CANTIDAD EN 24 HORAS | DIAS DE TRATAMIENTO ENTREGADO | TOTAL UNIDADES RECIBIDAS |
|----|----------------------|--------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| No | PROCEDIMIENTOS | CANTIDAD EN 24 HORAS | DIAS DE TRATAMIENTO REALIZADOS | TOTAL TRATAMIENTOS RECIBIDOS |
|----|----------------|----------------------|--------------------------------|------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

OBSERVACION: _____

Cenit Ortiz

FIRMA DE PACIENTE Y/O CUIDADOR QUE CERTIFICA LOS SERVICIOS
Número de C.C 50885672

P1 3-4-2018
6:40 PM

| | | |
|---|--|--|
|  | CERTIFICACION DE RECIBO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL | CÓDIGO: FGDO-022 VERSIÓN: 01 EMISIÓN: 02/02/2016 PÁGINA: 1 de 1 |
|---|--|--|

CERTIFICACION DE RECIBO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

| | | | |
|----------------------|----------------------------|--|--|
| FECHA DE ENTREGA: | | | |
| NOMBRE DEL PACIENTE: | Jina Marcela Tomara Ortiz. | | |
| IDENTIFICACION: | 1.067.092.250 | | |
| E.P.S: | Salud Vida | | |

Yo _____ identificado con C.C. Número: _____ obrando en nombre propio como paciente y/o cuidador del paciente citado en el encabezado de este documento, recibo conforme los medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos relacionados a continuación:

| No | MEDICAMENTO | PRESENTACION | CANTIDAD EN 24 HORAS | DIAS DE TRATAMIENTO ENTREGADO | TOTAL UNIDADES RECIBIDAS |
|----|-------------|--------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| No | DISPOSITIVOS MEDICOS | PRESENTACION | CANTIDAD EN 24 HORAS | DIAS DE TRATAMIENTO ENTREGADO | TOTAL UNIDADES RECIBIDAS |
|----|----------------------|--------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| No | PROCEDIMIENTOS | CANTIDAD EN 24 HORAS | DIAS DE TRATAMIENTO REALIZADOS | TOTAL TRATAMIENTOS RECIBIDOS |
|----|----------------|----------------------|--------------------------------|------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

OBSERVACION: _____

Cenit Ortiz

FIRMA DE PACIENTE Y/O CUIDADOR QUE CERTIFICA LOS SERVICIOS
Número de C.C 508816672

EVOLUCIÓN HISTORIA CLINICA

IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.
Nit NI 900653844-6 Codigo 2300101727

CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339
MONTERIA - CORDOBA

| | |
|---------|---|
| Usuario | CC 1067097250 TAMARA ORTIZ LINA MARCELA |
| FECHA | DESCRIPCION |

ABDOMEN BLANDO, GASTROSTOMIA EN BUENAS CONDICIONES
GU NORMOCONFIGURADOS, USO DE PAÑALES DESECHABLES, NO CONTROL DE
ESFINTERES, PRESENCIA DE ESCARAS EN REGION SACRA
EXTREMIDADES HIPOTROFICAS
SNC SECUELAS DE PARALISIS CEREBRAL, ESPASTICA, AUSENCIA DE LENGUAJE
ESCALA DE BARTHEL: PACIENTE QUIEN REQUIERE SER ALIMENTADA POR OTRA PERSONA
POR MEDIO DE GASTROSTOMIA, REQUIERE QUE OTRA PERSONA LA VISTA O ARREGLE, NO
CONTROLA ESFINTERES, DEPENDIENTE DE PERSONA FUERTE PARA TRASLADARLA DE LA
CAMA A LA SILLA, NO DEAMBULA.
PUNTAJE DE 10. DEPENDENCIA ALTA
PACIENTE QUIEN POR SUS CONDICIONES REQUIERE CONTINUAR EN EL PROGRAMA CON :

- * CUIDADOS DE ENFERMERIA 24 HORAS POR 1 MES
- * VISITA MEDICA DOMICILIARIA MENSUAL
- * TERAPIA FISICA DOMICILIARIA DIARIA # 20 SESIONES AL MES
- * CURACIONES DIARIAS

Dr(a). LILIANA DEL CARMEN CORREA

28/02/2018 PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD QUIEN PERTENECE AL PROGRAMA DE
HOSPITALIZACION DOMICILIARIA DE FORMA INDEFINIDA CON DIAGNOSTICO DE:
PARALISIS CEREBRAL INFANTIL ESPASTICA
EPILEPSIA
RETARDO MENTAL GRAVE Y OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO
DESNUTRICION GRAVE.
PACIENTE POSTARDA EN CAMA, ESPASTICA, EN PESIMO ESTADO MUSCULOESQUELETICO,
SIN FUERZA NI TONO MUSCULAR CON TA: 90/60 FR: 16FC: 92T: 36°
NORMOCEFALO, AFASICA, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS,
TIENDA DE TRAQUEOSTOMIA EN BUENAS CONDICIONES
TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PULMONES VENTILADOS
ABDOMEN BLANDO, GASTROSTOMIA EN BUENAS CONDICIONES
GU NORMOCONFIGURADOS, USO DE PAÑALES DESECHABLES, NO CONTROL DE
ESFINTERES, PRESENCIA DE ESCARAS EN REGION SACRA
EXTREMIDADES HIPOTROFICAS
SNC SECUELAS DE PARALISIS CEREBRAL, ESPASTICA, AUSENCIA DE LENGUAJE
ESCALA DE BARTHEL: PACIENTE QUIEN REQUIERE SER ALIMENTADA POR OTRA PERSONA
POR MEDIO DE GASTROSTOMIA, REQUIERE QUE OTRA PERSONA LA VISTA O ARREGLE, NO
CONTROLA ESFINTERES, DEPENDIENTE DE PERSONA FUERTE PARA TRASLADARLA DE LA
CAMA A LA SILLA, NO DEAMBULA.
PUNTAJE DE 10. DEPENDENCIA ALTA
PACIENTE QUIEN POR SUS CONDICIONES REQUIERE CONTINUAR EN EL PROGRAMA CON :

- * CUIDADOS DE ENFERMERIA 24 HORAS POR 1 MES
- * VISITA MEDICA DOMICILIARIA MENSUAL
- * TERAPIA FISICA DOMICILIARIA DIARIA # 20 SESIONES AL MES
- * CURACIONES DIARIAS

Dr(a). LILIANA DEL CARMEN CORREA

27/03/2018 PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD QUIEN PERTENECE AL PROGRAMA DE
HOSPITALIZACION DOMICILIARIA DE FORMA INDEFINIDA CON DIAGNOSTICO DE:
PARALISIS CEREBRAL INFANTIL ESPASTICA
EPILEPSIA

EVOLUCIÓN HISTORIA CLINICA

IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.
Nit NI 900653844-6 Codigo 2300101727

CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339
MONTERIA - CORDOBA

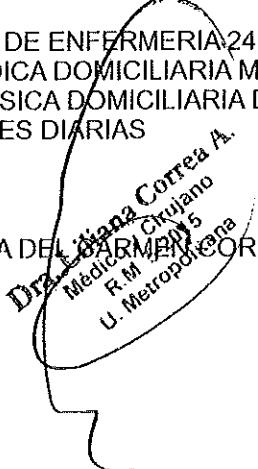
Usuario CC 1067097250 TAMARA ORTIZ LINA MARCELA

FECHA DESCRIPCION

RETARDO MENTAL GRAVE Y OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO
DESNUTRICION GRAVE.
PACIENTE POSTARDA EN CAMA, ESPASTICA, EN MAL ESTADO MUSCULOESQUELETICO, SIN
FUERZA NI TONO MUSCULAR CON TA: 100/60 FR: 20FC: 90T: 36°
NORMOCEREO, AFASICA, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS,
TIENDA DE TRAQUEOSTOMIA EN BUENAS CONDICIONES
TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PULMONES VENTILADOS
ABDOMEN BLANDO, GASTROSTOMIA EN BUENAS CONDICIONES
GU NORMOCONFIGURADOS, USO DE PAÑALES DESECHABLES, NO CONTROL DE
ESFINTERES, PRESENCIA DE ESCARAS EN REGION SACRA
EXTREMIDADES HIPOTROFICAS
SNC SECUELAS DE PARALISIS CEREBRAL, ESPASTICA, AUSENCIA DE LENGUAJE
ESCALA DE BARTHEL: PACIENTE QUIEN REQUIERE SER ALIMENTADA POR OTRA PERSONA
POR MEDIO DE GASTROSTOMIA, REQUIERE QUE OTRA PERSONA LA VISTA O ARREGLE, NO
CONTROLA ESFINTERES, DEPENDIENTE DE PERSONA FUERTE PARA TRASLADARLA DE LA
CAMAA A LA SILLA, NO DEAMBULA.
PUNTAJE DE 10. DEPENDENCIA ALTA
PACIENTE QUIEN POR SUS CONDICIONES REQUIERE CONTINUAR EN EL PROGRAMA CON :

- * CUIDADOS DE ENFERMERIA 24 HORAS POR 1 MES
- * VISITA MEDICA DOMICILIARIA MENSUAL
- * TERAPIA FISICA DOMICILIARIA DIARIA # 20 SESIONES AL MES
- * CURACIONES DIARIAS

Dr(a). LILIANA DEL CARMEN CORREA A.





RELACION DE PROCEDIMIENTOS

CODIGO:
FAD0-019
VERSION: 01
EMISION: 02/02/2016
PAGINA: 1 de 1

PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL

PACIENTE: Jina Marcela Tamara Ortiz EPS: Solitud - Valderrama

HISTORIA CLINICA: 1.061.097.250.

EDAD: 19 AÑO S.

| FECHA | HORA | PROFESIONAL | PROCEDIMIENTO | FIRMA |
|------------|--------|------------------|----------------|-------------|
| 01/03/2018 | 9:00am | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 02/03/2018 | 9:00am | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 05/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 06/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 07/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 08/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 09/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 12/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 13/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 14/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 15/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 16/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 20/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 21/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 22/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 23/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 26/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 27/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |
| 28/03/2018 | 9:00 | Eduardo Espinoza | Terapia Física | cenit ortiz |