

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

| | | | | | |
|--|--------------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------------|------|
| No. Incapacidad: | 13211875 | Fecha Expedición: | 2022-01-12 | Ciudad: | CALI |
| DATOS AFILIADO | | | | | |
| Nombre Afiliado: | | | LUZ MILENA CALERO | | |
| Empresa donde labora: | | | MUNICIPIO DE JAMUNDI | | |
| DATOS INCAPACIDAD / LICENCIA | | | | | |
| Origen: | ENFERMEDAD GENERAL | | Dias solicitados: | 3 | |
| Diagnóstico principal: | | | Código: | U072 | |
| Diagnóstico secundario: | | | Código: | | |
| Prorroga ? | NO | Accidente de transito? | NO | Fecha Accidente: | |
| Fecha inicial: | 2022-01-12 | Fecha Final: | 2022-01-14 | Días autorizados: | 3 |
| Días acumulados: | 3 | | | | |
| DATOS DEL MÉDICO O IPS PRESTADOR DEL SERVICIO | | | | | |
| Nombre Profesional: | CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ | | Reg. Profesional: | 761249-98 | |
| Especialidad: | MEDICINA GENERAL | | Ciudad Prestador: | JAMUNDI | |
| Razón Social prestatario: | AMISALUD JAMUNDI - P P R | | Id: | NI-805016006 | |
| RECONOCIMIENTO ECONÓMICO | | | | | |
| Días reconocidos: | 1 | % liquidación | 0 | Tipo Salario: FIJO IBC: 2,410,000 | |
| NOTAS ACLARATORIAS | | | | | |
| <small>Las validaciones se efectuaron satisfactoriamente, para realizar la liquidación, deberá solicitar el reconocimiento económico. Por los medios electrónicos dispuesto para este fin; oficina virtual, portal de prestaciones económicas o página de Coomeva EPS, opción empleadores. /</small> | | | | | |
| CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ BUS Oficina:CALI <small>Firma autorización Eps</small> | | | | | |

Mod. Febrero/2007

EMPLEADOR

EPS-F-1-448

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

| | | | | | |
|--|--------------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------------|------|
| No. Incapacidad: | 13211875 | Fecha Expedición: | 2022-01-12 | Ciudad: | CALI |
| DATOS AFILIADO | | | | | |
| Nombre Afiliado: | | | LUZ MILENA CALERO | | |
| Empresa donde labora: | | | MUNICIPIO DE JAMUNDI | | |
| DATOS INCAPACIDAD / LICENCIA | | | | | |
| Origen: | ENFERMEDAD GENERAL | | Dias solicitados: | 3 | |
| Diagnóstico principal: | | | Código: | U072 | |
| Diagnóstico secundario: | | | Código: | | |
| Prorroga ? | NO | Accidente de transito? | NO | Fecha Accidente: | |
| Fecha inicial: | 2022-01-12 | Fecha Final: | 2022-01-14 | Días autorizados: | 3 |
| Días acumulados: | 3 | | | | |
| DATOS DEL MÉDICO O IPS PRESTADOR DEL SERVICIO | | | | | |
| Nombre Profesional: | CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ | | Reg. Profesional: | 761249-98 | |
| Especialidad: | MEDICINA GENERAL | | Ciudad Prestador: | JAMUNDI | |
| Razón Social prestatario: | AMISALUD JAMUNDI - P P R | | Id: | NI-805016006 | |
| RECONOCIMIENTO ECONÓMICO | | | | | |
| Días reconocidos: | 1 | % liquidación | 0 | Tipo Salario: FIJO IBC: 2,410,000 | |
| NOTAS ACLARATORIAS | | | | | |
| <small>Las validaciones se efectuaron satisfactoriamente, para realizar la liquidación, deberá solicitar el reconocimiento económico. Por los medios electrónicos dispuesto para este fin; oficina virtual, portal de prestaciones económicas o página de Coomeva EPS, opción empleadores. /</small> | | | | | |
| CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ BUS Oficina:CALI <small>Firma autorización Eps</small> | | | | | |

Mod. Febrero/2007

AFILIADO

EPS-FT-448

Número historia: 186787890
Tipo documento: Cedula Ciudadana
Número documento: 31538727
Nombre completo: Luz Milena Calero
Edad: 43 Años (02-02-1978)
Sexo: Femenino
Estado civil: Union Libre
Ocupación: No Aplica
Dirección: CR 8 17 58
Telefono: 0000000
Ciudad: Jamundi
IPS médica asignada: Amigos De La Salud Amisalud S.a.s. - Jamundi

General

Centro de atención: Amigos De La Salud Amisalud S.a.s. - Jamundi
Tipo afiliado: Cotizante
Prestador: Claudia Patricia Ramirez Bustamante
Registro del Profesional Médico: 761249-98
Código Numérico: 42901
Fecha de apertura: 12-01-2022 07:23:43 AM
Fecha de cierre: 12-01-2022 07:49:51 AM
Duración (minutos): 26
Finalidad: No Aplica
Causa externa: Enfermedad General
Historia general: Consulta No Programada
Estado: Cerrada
Cita asociada: 238422653
Nombre cotizante: Luz Milena Calero
Telefono cotizante: 0000000
Parentesco cotizante: Cabeza De Familia
Nombre acompañante:
Nombre del responsable: Luz Milena Calero
Telefono del responsable: 0000000
Parentesco con el responsable: Cabeza De Familia
Procedencia: Jamundi

Cuestionarios

Consulta no programada

ANAMNESIS

| | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------|--|
| Causa de Consulta | "HE TENIDO GRIPA" | Enfermedad Actual | PACIENTE DE 43 AÑOS DE OCUPACION DE OCUPACION SERVICIOS GRALES EN LA ALCALDIA DE JAMUNDI CON FECHA DE INICIO DE SINTOMAS ENERO 9 2021 CONSISTENTE EN CONGESTION NASAL, RINORREA CRISTALINA, CEFALEA FRONTAL INTENSA, PESADEZ FACIAL, OSTEOMIALGIAS, ADINAMIA, TOS, NO ODINOFAGIA, NO FIEBRE, NO DISNEA, NO VOMITO NI DIARREA, NO ANOSMIA NI HIPOGEUSIA, HA TOMADO ACETAMINOFEN. NIEGA CONTACTO CON PERSONAS CONFIRMADAS O SOSPECHOSAS PARA COVID. VIVE EN JAMUNDI CON EL ESPOSO, SUEGROS Y CUÑADO QUIENES SE ENCUENTRAN ASINTOMATICOS. TELEFONO DE CONTACTO: 3137785551 CELULAR ELECTRONICO: milenacalero12@hotmail.com DIRECCION: CALLE 15 #15-48 BARRIO LA PRADERA JAMUNDI FECHA DE INICIO DE SINTOMAS: ENERO 9 2021 FECHA DE INICIO DE AISLAMIENTO: ENERO 12 2021 OCUPACION: SERVICIOS GRALES COMORBILIDADES: NO VACUNACION PARA COVID: 2DA DOSIS MODERNA NOV 25 2021 |
| Antecedentes Personales | ALERGIA MEDICAMENTOSA NIEGA .POSITIVA PARA COVID EN JUNIO 2021 MANEJO DOMICILIARIO. CRONICOS: NEGATIVOS QCOS: POMEROY TOXICOS: NEGATIVOS AGO: G2P2A0 FUM DIC 27/2021, PF POMEROY. | | |
| Antecedentes Familiares | | | HTA EN MADRE |

Examen Físico

| | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Aspecto General | ALERTA, AMBULATORIA, BUENAS CONDICIONES GRALES | T.Art.S. | 120 |
| T.Art.D. | 70 | Pulso | 70 |
| Temperatura | 36.4 | Frecuencia Respiratoria | 18 |
| Peso | 64 | Ojos | ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS HUMEDAS, ROSADAS |
| O.R.L | Normal | Cuello | Normal |
| Tórax y Cardiopulmonar | Normal | Abdomen | Normal |
| | DOLOR A LA PALPACION DE SENOS MAXILARES Y FRONTAL RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS SIN SOBREAGREGADOS, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA | Músculo esquelético | Normal |
| Genito-urinario | Normal | Piel y anexos | Normal |
| Neurológico y psiquiátrico | Normal | | |
| | ALERTA, ORIENTADA, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, NO SIGNOS MENINGEOS | | |

Plan de manejo

| | |
|------------------|---|
| Conductas | PACIENTE DE 43 AÑOS DE OCUPACION DE OCUPACION SERVICIOS GRALES CON FECHA DE INICIO DE SINTOMAS ENERO 9 2022 (HOY DIA 4), CLASIFICA COMO CASO 2(CASO PROBABLE DE INFECION RESPIRATORIA AGUDA O ENFERMEDAD LEVE O MODERADA POR VIRUS NUEVO CON MANEJO DOMICILIARIO), DE ACUERDO A LOS NUEVOS LINEAMIENTOS DE MIN SALUD BOLETIN 9 DE 2022 CON INDICACION DE AISLAMIENTO DE 7 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE SINTOMAS, PACIENTE QUIEN POR SU LABOR NO PUEDE DESEMPEÑAR TELETRABAJO, SE EMITE INCAPACIDAD POR 3 DIAS A PARTIR DE HOY ENERO 12 A ENERO 14 2022,(LABORA DE LUNES A VIERNES) SE INDICA TOMA DE ABUNDANTES LIQUIDOS, SE FORMULA ACETAMINOFEN, CLORFENIRAMINA, AMOXICILINA, SE DILIGENCIA FICHA EPIDEMIOLOGICA, SE APORTA NUMERO DE LA LINEA NACIONAL DE COOMEVA 018000 930 779 OPCION 8 O #463 OPCION 8. SE DAN RECOMENDACIONES DE BIOSEGURIDAD PARA SEGUIR EN DOMICILIO: 1. uso de tapabocas 2. Lavado de manos frecuente con agua y jabón, realizando friccion 3. No saludar de mano o beso 4. no tener acercamiento con familiares o amigos o recibir visitas en sitio cerrados o menor de 2 metros. 5. no tocar la cara con las manos 6. no salir de casa 7. realizar limpieza de áreas donde se encuentre en su lugar con solución hidroalcoholica 8. utilizar cuarto con baño privado 9. no compartir plato, vaso, cuchara, ropa de cama, toallas, celular, computador, control remoto. 10.mantenerse hidratado, 11. se enfatiza en vigilar signos de alarma: fiebre, dificultad para respirar, hemoptisis, vomito frecuente, diarrea, confusión, letargia, postracion. |
|------------------|---|

Diagnósticos

| Código | Tipo diagnóstico | Diagnóstico | Contingencia | Origen | Análisis |
|--------|-----------------------|----------------------------------|--------------|--------------------|----------|
| U072 | Impresion Diagnostica | Covid-19 (virus No Identificado) | | Enfermedad General | |

Ordenamiento número: 258258

Tipo ordenamiento: Medicamentos

| No. | Medicamento | Cantidad | Posología | Días | Prestador | Finalidad | Estado |
|-----|------------------------------------|----------|---|------|---------------|--------------------|---------|
| 1 | Acelaminofen Tableta 500 Mg | 20 | TOMAR 1 CADA 6 HORAS | 5 | Audifarma S.a | Enfermedad General | Impresa |
| | Clorfeniramina Tableta 4 Mg | 15 | TOMAR 1 CADA 8 HORAS. PRODUCE SUEÑO | 5 | Audifarma S.a | Enfermedad General | |
| | Amoxicilina Capsula 500 Mg De Base | 30 | TOMAR 1 CADA 8 HORAS DURANTE 10 DIAS. 3 VECES AL DIA CON ESTOMAGO LLENO | 10 | Audifarma S.a | Enfermedad General | |

Ayudas Dx y Laboratorios

VEF1/FVC POS BRONCODILATADOR

Fecha Examen Resultado %