



Escaneado con CamScanner

A,
RA
RA
Y
AS
D

PROCEDIMIENTO PENAL

VIGILADO
SUPERTRANSPORTE

ANEXO N° 2
VICTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES

FORMA ANEXO AL FORMULARIO DE ACCIDENTES, FORMULARIO No. 1 AOS 13775

9. VICTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 1

DEL VEHICULO No. 1

APellidos y Nombres: **MAICOL ANDRES**

IDENTIFICACION No. **1144616690**

NACIONALIDAD: **Col**

FECHA DE NACIMIENTO: **01/11/88**

SEXO: **M**

DIRECCION DE DOMICILIO: **AV. 50 7-1-19**

CUIDAD: **TELEFONO: 312-6323109**

HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION: **CLINICA VALLERON**

SE PRACTICO EXAMEN: **SI**

AUTORIZO: **SI**

EMBRIGUEZ: **NO**

GRADO: **NO**

S. PSICOACTIVAS: **NO**

CONDICION: **PASAJERO**

GRAVEDAD: **MUERTO**

DESCRIPCION DE LESIONES: **TRAUMA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES**

9. VICTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 2

DEL VEHICULO No. 2

APellidos y Nombres: **DEIR CONSUELO**

IDENTIFICACION No. **29440032**

NACIONALIDAD: **Col**

FECHA DE NACIMIENTO: **01/11/88**

SEXO: **M**

DIRECCION DE DOMICILIO: **CALLE 27B 1-6-110ESTE**

CUIDAD: **TELEFONO: 312-6323109**

HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION: **CLINICA CRISTO REY**

SE PRACTICO EXAMEN: **SI**

AUTORIZO: **SI**

EMBRIGUEZ: **NO**

GRADO: **NO**

S. PSICOACTIVAS: **NO**

CONDICION: **PASAJERO**

GRAVEDAD: **MUERTO**

DESCRIPCION DE LESIONES: **TRAUMA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES**

9. VICTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 3

DEL VEHICULO No. 3

APellidos y Nombres: **ALBERTO JOHAN SEBASTIAN**

IDENTIFICACION No. **1192908672**

NACIONALIDAD: **Col**

FECHA DE NACIMIENTO: **26/06/00**

SEXO: **M**

DIRECCION DE DOMICILIO: **CALLE 7 SUR 1-10-42**

CUIDAD: **TELEFONO: 312-8314893**

HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION: **CLINICA CRISTO REY**

SE PRACTICO EXAMEN: **SI**

AUTORIZO: **SI**

EMBRIGUEZ: **NO**

GRADO: **NO**

S. PSICOACTIVAS: **NO**

CONDICION: **PASAJERO**

GRAVEDAD: **MUERTO**

DESCRIPCION DE LESIONES: **TRAUMA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES**

9. VICTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 4

DEL VEHICULO No. 4

APellidos y Nombres: **ALBERTO DOCAIBA**

IDENTIFICACION No. **38480173**

NACIONALIDAD: **Col**

FECHA DE NACIMIENTO: **24/02/68**

SEXO: **M**

DIRECCION DE DOMICILIO: **CALLE 7 SUR 1-10-42**

CUIDAD: **TELEFONO: 316-2571803**

HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION: **CLINICA CRISTO REY**

SE PRACTICO EXAMEN: **SI**

AUTORIZO: **SI**

EMBRIGUEZ: **NO**

GRADO: **NO**

S. PSICOACTIVAS: **NO**

CONDICION: **PASAJERO**

GRAVEDAD: **MUERTO**

DESCRIPCION DE LESIONES: **TRAUMA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES**

9. VICTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 5

DEL VEHICULO No. 5

APellidos y Nombres: **MONTANO RASCOS JESSICA**

IDENTIFICACION No. **1111350128**

NACIONALIDAD: **Col**

FECHA DE NACIMIENTO: **22/10/86**

SEXO: **M**

DIRECCION DE DOMICILIO: **CALLE 3 1-14-47**

CUIDAD: **TELEFONO: 320-7676268**

HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION: **CLINICA CRISTO REY**

SE PRACTICO EXAMEN: **SI**

AUTORIZO: **SI**

EMBRIGUEZ: **NO**

GRADO: **NO**

S. PSICOACTIVAS: **NO**

CONDICION: **PASAJERO**

GRAVEDAD: **MUERTO**

DESCRIPCION DE LESIONES: **TRAUMA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES**

9. VICTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 6

DEL VEHICULO No. 6

APellidos y Nombres: **TORRES MINA KELLY JUDITH T.I**

IDENTIFICACION No. **1193115500**

NACIONALIDAD: **Col**

FECHA DE NACIMIENTO: **12/10/86**

SEXO: **M**

DIRECCION DE DOMICILIO: **CALLE 3 1-14-47 Bajo firma**

CUIDAD: **TELEFONO: 315-2912919**

HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION: **CLINICA CRISTO REY**

SE PRACTICO EXAMEN: **SI**

AUTORIZO: **SI**

EMBRIGUEZ: **NO**

GRADO: **NO**

S. PSICOACTIVAS: **NO**

CONDICION: **PASAJERO**

GRAVEDAD: **MUERTO**

DESCRIPCION DE LESIONES: **TRAUMA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES**

9. VICTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 7

DEL VEHICULO No. 7

APellidos y Nombres: **TORRES MINA KELLY JUDITH T.I**

IDENTIFICACION No. **1193115500**

NACIONALIDAD: **Col**

FECHA DE NACIMIENTO: **12/10/86**

SEXO: **M**

DIRECCION DE DOMICILIO: **CALLE 3 1-14-47 Bajo firma**

CUIDAD: **TELEFONO: 315-2912919**

HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION: **CLINICA CRISTO REY**

SE PRACTICO EXAMEN: **SI**

AUTORIZO: **SI**

EMBRIGUEZ: **NO**

GRADO: **NO**

S. PSICOACTIVAS: **NO**

CONDICION: **PASAJERO**

GRAVEDAD: **MUERTO**

DESCRIPCION DE LESIONES: **TRAUMA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES**

13. OBSERVACIONES:

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

GRADO: **7**

APellidos y Nombres: **GARCIA EDWIN**

DOC: **168**

IDENTIFICACION No.: **577M**

PLACA: **577M**

ENTIDAD: **577M**

FIRMA: **[Firma]**

16. CORRESPONDIO

NUMERO UNICO DE INVESTIGACION: **160016000796291688105**

Dto: **1**

Multiplo: **1**

Ent: **1**

U. receptora: **1**

Año: **1**

Consecutivo: **1**



ANEXO N° 1
CONDUCTORES, VEHÍCULOS, PROPIETARIOS

PERTENECE AL INFORME DE ACCIDENTES, FORMULARIO No. 140005.137

8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS

8.1 CONDUCTOR APELLIDOS Y NOMBRES: KAMBER ZAPATE BRYAN E D.C. IDENTIFICACIÓN No.: 1131434335 NACIONALIDAD: COLOMBIANO FECHA DE NACIMIENTO: 19/03/1983 SEXO: M GRAVEDAD: MUERTO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO: AVDA GONZALEZ 1/19A-33 CIUDAD: CAJICÁ TELÉFONO: 301 303350 SE PRÁCTICO EXAMEN: SI AUTORIZO: SI EMERGENCIAS: SI GRADO: 1 5. PRICOGATIVAS: SI

PORTA LICENCIA: SI LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.: 1151934559 CATEGORÍA: 2 RESTRICCIÓN: 24495 EXP. 1 VEH. 1 CÓDIGO DE TRÁNSITO: 10001 CHALECO: SI CASCO: SI CINTURÓN: SI

HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN: CLINICA CRISTO DESCRIPCIÓN DE LESIONES: TRAUMA EN MIEMBROS SUPERIORES Y SUPERIORES

8.2 VEHÍCULO

PLACA: VTC 746 PLACA REMOLQUE/SEMI: COLOMBIANO NACIONALIDAD: COLOMBIANO MARCA: FORD LINEA: 120L COLOR: GRANATA MODELO: 1999 CARROCERÍA: 5 TCN: 120273

EMPRESA: TAXI EN ELABOR MATRICULADO EN: CAJICÁ INMOVILIZADO EN: CAJICÁ A DISPOSICIÓN DE: CAJICÁ TARJETA DE REGISTRO No.: 3

REV. TEC. MEC. SI NO NO No.: 27814950 ASEGURADORA: MUNDIAL DE SEGUROS VENCIMIENTO: 01/2015

PORTA SOAT: SI NO NO No.: 147137 15991430 3 ASEGURADORA: MUNDIAL DE SEGUROS VENCIMIENTO: 01/2015

PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL: SI NO NO VENCIMIENTO: 01/2015 PORTA SEG. RESP. EXTRA CONTRACTUAL: SI NO NO VENCIMIENTO: 01/2015

8.3 CLASE VEHÍCULO

AUTOMÓVIL: ☒ M. INDUSTRIAL: ☐ BICICLETA: ☐ MOTOCARRO: ☐ MOTOCICLO: ☐ CAMIÓN: ☐ CAMIONETA: ☐ CAMPERO: ☐ MICROBUS: ☐ TRACTOCAMION: ☐ VOLQUETA: ☐ MOTOCICLETA: ☐ SEMI-REMOLQUE: ☐

8.4 CLASE SERVICIO

OFICIAL: ☐ PÚBLICO: ☐ PARTICULAR: ☐ DIPLOMÁTICO: ☐ MODALIDAD DE TRANSPORTE: ☐ MIXTO: ☐ CARGA: ☐ EXTRA DIMENSIONADA: ☐ EXTRA PESADA: ☐ MERCANCIA PELIGROSA: ☐ CLASE DE MERCANCIA: ☐

8.5 RADIO DE ACCIÓN

NACIONAL: ☐ MUNICIPAL: ☐

8.7 FALLAS EN: FRENSOS ☐ DIRECCIÓN ☐ LUCES ☐ BOCINA ☐ LLANTAS ☐ SUSPENSIÓN ☐ OTRO ☐

8.8 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHÍCULO:

LANTA TRASERA DCHA
GUARDA BARRO DCHA
BOMPER TRASERO

8.9 LUGAR DE IMPACTO FRONTAL ☐ LATERAL ☐ POSTERIOR ☐ OTRO ☐

8. CONDUCTORES, VEHÍCULOS Y PROPIETARIOS

8.1 CONDUCTOR APELLIDOS Y NOMBRES: SILBERTO BASTANCOZI PINZON D.C. IDENTIFICACIÓN No.: 163431335 NACIONALIDAD: COLOMBIANO FECHA DE NACIMIENTO: 19/03/1983 SEXO: M GRAVEDAD: MUERTO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO: CAJICÁ CIUDAD: CAJICÁ TELÉFONO: 301 303350 SE PRÁCTICO EXAMEN: SI AUTORIZO: SI EMERGENCIAS: SI GRADO: 1 5. PRICOGATIVAS: SI

PORTA LICENCIA: SI LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.: 1151934559 CATEGORÍA: 2 RESTRICCIÓN: 24495 EXP. 1 VEH. 1 CÓDIGO DE TRÁNSITO: 10001 CHALECO: SI CASCO: SI CINTURÓN: SI

HOSPITAL, CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN: CLINICA CRISTO DESCRIPCIÓN DE LESIONES: TRAUMA EN MIEMBROS SUPERIORES Y SUPERIORES

8.2 VEHÍCULO

PLACA: VTC 746 PLACA REMOLQUE/SEMI: COLOMBIANO NACIONALIDAD: COLOMBIANO MARCA: FORD LINEA: 120L COLOR: GRANATA MODELO: 1999 CARROCERÍA: 5 TCN: 120273

EMPRESA: TAXI EN ELABOR MATRICULADO EN: CAJICÁ INMOVILIZADO EN: CAJICÁ A DISPOSICIÓN DE: CAJICÁ TARJETA DE REGISTRO No.: 3

REV. TEC. MEC. SI NO NO No.: 27814950 ASEGURADORA: MUNDIAL DE SEGUROS VENCIMIENTO: 01/2015

PORTA SOAT: SI NO NO No.: 147137 15991430 3 ASEGURADORA: MUNDIAL DE SEGUROS VENCIMIENTO: 01/2015

PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL: SI NO NO VENCIMIENTO: 01/2015 PORTA SEG. RESP. EXTRA CONTRACTUAL: SI NO NO VENCIMIENTO: 01/2015

8.3 CLASE VEHÍCULO

AUTOMÓVIL: ☒ M. INDUSTRIAL: ☐ BICICLETA: ☐ MOTOCARRO: ☐ MOTOCICLO: ☐ CAMIÓN: ☐ CAMIONETA: ☐ CAMPERO: ☐ MICROBUS: ☐ TRACTOCAMION: ☐ VOLQUETA: ☐ MOTOCICLETA: ☐ SEMI-REMOLQUE: ☐

8.4 CLASE SERVICIO

OFICIAL: ☐ PÚBLICO: ☐ PARTICULAR: ☐ DIPLOMÁTICO: ☐ MODALIDAD DE TRANSPORTE: ☐ MIXTO: ☐ CARGA: ☐ EXTRA DIMENSIONADA: ☐ EXTRA PESADA: ☐ MERCANCIA PELIGROSA: ☐ CLASE DE MERCANCIA: ☐

8.5 RADIO DE ACCIÓN

NACIONAL: ☐ MUNICIPAL: ☐

8.7 FALLAS EN: FRENSOS ☐ DIRECCIÓN ☐ LUCES ☐ BOCINA ☐ LLANTAS ☐ SUSPENSIÓN ☐ OTRO ☐

8.8 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHÍCULO:

LANTA TRASERA DCHA
GUARDA BARRO DCHA
BOMPER TRASERO

8.9 LUGAR DE IMPACTO FRONTAL ☐ LATERAL ☐ POSTERIOR ☐ OTRO ☐

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

GRADO: 761E APELLIDOS Y NOMBRES: SANCIA FERNAN D.C. IDENTIFICACIÓN No.: 168 PLACA: S.T.T.M ENTIDAD: S.T.T.M FIRMA: E

16. CORRESPONDIO

NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN: 1400014000196201488105

Día: 14 Mes: 08 Año: 2014

ANEXO N° 2

VICTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES

FORMATO ANEXAL INFORME DE ACCIDENTES, FORMULARIO N° 1

4.0005.13.75

9. VICTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES N° 1		DEL VEHICULO N° 1		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACION No.		CUIDAD		TELÉFONO		CINTURÓN	
ANGULO CASTILLO YURIAN		C.C. 39.466.043		Col		12/08/92		M	
DIRECCION DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		CONDICION	
CAJAL 9 CON CSA 67 BOIVAR		BOVENVENTURA		318.258.990		SI NO		PEATON	
HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION		SE PRACTICO EXAMEN		AUTORIZO		EMBRIAGUEZ		GRADO	
CLINICA VALLE SAUD NTE		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
DESCRIPCION DE LESIONES		POS		NEG		SI NO		SI NO	
TRAUMA EN MIEMBROS INFERIORES		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
CARGO		PASAJERO		ACOMPAÑANTE		GRAVEDAD		MUERTO	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
CHALECO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	

9. VICTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES N° 2		DEL VEHICULO N° 2		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACION No.		CUIDAD		TELÉFONO		CINTURÓN	
VALE ANGULO MADEIRA YASURY		C.C. 1.13.368.992		Col		12/08/92		M	
DIRECCION DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		CONDICION	
CAJAL 9 CON CSA 67 BOIVAR		BOVENVENTURA		318.258.990		SI NO		PEATON	
HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION		SE PRACTICO EXAMEN		AUTORIZO		EMBRIAGUEZ		GRADO	
CLINICA VALLE SAUD NTE		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
DESCRIPCION DE LESIONES		POS		NEG		SI NO		SI NO	
TRAUMA EN MIEMBROS SUPERIORES		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
CARGO		PASAJERO		ACOMPAÑANTE		GRAVEDAD		MUERTO	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
CHALECO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	

9. VICTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES N° 3		DEL VEHICULO N° 3		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACION No.		CUIDAD		TELÉFONO		CINTURÓN	
CARVALLO GONZALEZ YEMMY VANESSA T.		C.C. 990719.16053		Col		12/08/92		M	
DIRECCION DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		CONDICION	
AV. B. B. 28.59 TERRON		COLORADO		321.590.823		SI NO		PEATON	
HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION		SE PRACTICO EXAMEN		AUTORIZO		EMBRIAGUEZ		GRADO	
CLINICA VALLE SAUD NTE		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
DESCRIPCION DE LESIONES		POS		NEG		SI NO		SI NO	
TRAUMA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
CARGO		PASAJERO		ACOMPAÑANTE		GRAVEDAD		MUERTO	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
CHALECO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	

9. VICTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES N° 4		DEL VEHICULO N° 4		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACION No.		CUIDAD		TELÉFONO		CINTURÓN	
DIAZ LICONA DANILSA MARIA		C.C. 39.318.298		Col		12/08/92		M	
DIRECCION DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		CONDICION	
AV. B. B. 28.59 TERRON		COLORADO		321.590.823		SI NO		PEATON	
HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION		SE PRACTICO EXAMEN		AUTORIZO		EMBRIAGUEZ		GRADO	
CLINICA VALLE SAUD NTE		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
DESCRIPCION DE LESIONES		POS		NEG		SI NO		SI NO	
TRAUMA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
CARGO		PASAJERO		ACOMPAÑANTE		GRAVEDAD		MUERTO	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
CHALECO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	

9. VICTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES N° 5		DEL VEHICULO N° 5		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACION No.		CUIDAD		TELÉFONO		CINTURÓN	
ANGEL CANOLA LUIS ESTEVA		C.C. 31.291.470		Col		12/08/92		M	
DIRECCION DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		CONDICION	
CAJAL 3013 4 8.911		COLORADO		323.479.821		SI NO		PEATON	
HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION		SE PRACTICO EXAMEN		AUTORIZO		EMBRIAGUEZ		GRADO	
CLINICA VALLE SAUD NTE		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
DESCRIPCION DE LESIONES		POS		NEG		SI NO		SI NO	
TRAUMA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
CARGO		PASAJERO		ACOMPAÑANTE		GRAVEDAD		MUERTO	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
CHALECO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	

9. VICTIMAS PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES N° 6		DEL VEHICULO N° 6		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
APELLIDOS Y NOMBRES		IDENTIFICACION No.		CUIDAD		TELÉFONO		CINTURÓN	
RIASCOS ANGULO CARLOS ANDRES		C.C. 16.948.401		Col		12/08/92		M	
DIRECCION DE DOMICILIO		CIUDAD		TELÉFONO		CINTURÓN		CONDICION	
AV. B. B. 29.59 TERRON		COLORADO		323.479.821		SI NO		PEATON	
HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION		SE PRACTICO EXAMEN		AUTORIZO		EMBRIAGUEZ		GRADO	
CLINICA VALLE SAUD NTE		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
DESCRIPCION DE LESIONES		POS		NEG		SI NO		SI NO	
TRAUMA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
CARGO		PASAJERO		ACOMPAÑANTE		GRAVEDAD		MUERTO	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
CHALECO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	
SI NO		SI NO		SI NO		SI NO		SI NO	

13. OBSERVACIONES

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA
7	67E SANCIA		EDWIN	16813.110		

16. CORRESPONDIO

GRADO DE INVESTIGACION	DIA	Multiplo	Ent.	U. repetora	Año	Consecutivo
	16/08/16			2016	88	105

No A 0005 13795

2 of 2

CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS				APPELLIDOS Y NOMBRES			
VEHICULO 1				VEHICULO 2			
DIRECCION DE DOMICILIO				DIRECCION DE DOMICILIO			
CALLE 30 A OESTE - 6-14				CALLE 30 A OESTE - 6-14			
LICENCIA DE CONDUCCION No. 1-103 093 112				LICENCIA DE CONDUCCION No. 1-103 093 112			
CATEGORIA A2				CATEGORIA A2			
HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION				HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION			
UNICA VERSALES				UNICA VERSALES			
DESCRIPCION DE LESIONES				DESCRIPCION DE LESIONES			
TRAUMA EN MIEMBROS				TRAUMA EN MIEMBROS			
B.2 VEHICULO				B.2 VEHICULO			
PLACA XXO 63D				PLACA XXO 63D			
EMPRESA				EMPRESA			
NIT				NIT			
REV. TEC. MEC (SI) (NO)				REV. TEC. MEC (SI) (NO)			
PORTA SOAT POLIZA No.				PORTA SOAT POLIZA No.			
PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL (SI) (NO)				PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL (SI) (NO)			
PROPIETARIO				PROPIETARIO			
MIMO CONDUCTOR				MIMO CONDUCTOR			
APPELLIDOS Y NOMBRES				APPELLIDOS Y NOMBRES			
C. PINO PINTERO MARTA JANETH				C. PINO PINTERO MARTA JANETH			
8.1 CLASE VEHICULO				8.1 CLASE VEHICULO			
AUTOMOVIL				AUTOMOVIL			
BUS				BUS			
BUSETA				BUSETA			
CAMION				CAMION			
CAMIONETA				CAMIONETA			
CAMPERO				CAMPERO			
MICROBUS				MICROBUS			
TRACTOCAMION				TRACTOCAMION			
VOLQUETA				VOLQUETA			
MOTOCICLETA				MOTOCICLETA			
8.2 CLASE SERVICIO				8.2 CLASE SERVICIO			
PASAJEROS				PASAJEROS			
INDIVIDUAL				INDIVIDUAL			
MASIVO				MASIVO			
ESPECIAL TURISMO				ESPECIAL TURISMO			
ESPECIAL ESCOLAR				ESPECIAL ESCOLAR			
ESPECIAL OCASIONAL				ESPECIAL OCASIONAL			
8.3 RADIO DE ACCION				8.3 RADIO DE ACCION			
NACIONAL				NACIONAL			
MUNICIPAL				MUNICIPAL			
8.4 RADIO DE ACCION				8.4 RADIO DE ACCION			
NACIONAL				NACIONAL			
MUNICIPAL				MUNICIPAL			
8.5 RADIO DE ACCION				8.5 RADIO DE ACCION			
NACIONAL				NACIONAL			
MUNICIPAL				MUNICIPAL			
8.6 RADIO DE ACCION				8.6 RADIO DE ACCION			
NACIONAL				NACIONAL			
MUNICIPAL				MUNICIPAL			
8.7 FALLAS EN				8.7 FALLAS EN			
FRENOS				FRENOS			
DIRECCION				DIRECCION			
LUCES				LUCES			
BOCINA				BOCINA			
LLANTAS				LLANTAS			
SUSPENSION				SUSPENSION			
OTRA				OTRA			
8.8 LUGAR DE IMPACTO				8.8 LUGAR DE IMPACTO			
FRONTAL				FRONTAL			
LATERAL				LATERAL			
POSTERIOR				POSTERIOR			
OTRO				OTRO			
9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 1				9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 1			
APPELLIDOS Y NOMBRES				APPELLIDOS Y NOMBRES			
C. PINO PINTERO LUIS NIDIA				C. PINO PINTERO LUIS NIDIA			
DIRECCION DE DOMICILIO				DIRECCION DE DOMICILIO			
CALLE 30 A OESTE - 6-14				CALLE 30 A OESTE - 6-14			
HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION				HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION			
UNICA VERSALES				UNICA VERSALES			
DESCRIPCION DE LESIONES				DESCRIPCION DE LESIONES			
TRAUMA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES				TRAUMA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES			
10. TOTAL VICTIMAS				10. TOTAL VICTIMAS			
PEATON				PEATON			
ACOMPAÑANTE				ACOMPAÑANTE			
PASAJERO				PASAJERO			
CONDUCTOR				CONDUCTOR			
TOTAL HERIDOS				TOTAL HERIDOS			
MUERTOS				MUERTOS			
11. HIPOTESIS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO				11. HIPOTESIS DEL ACCIDENTE DE TRANSITO			
DEL CONDUCTOR				DEL CONDUCTOR			
DEL VEHICULO				DEL VEHICULO			
DEL PEATON				DEL PEATON			
DE LA VIA				DE LA VIA			
DEL PASAJERO				DEL PASAJERO			
OTRA				OTRA			
-ESPECIFICAR CUAL?				-ESPECIFICAR CUAL?			
FALLAS EN FRENOS (DAÑO REPENTINO QUE PRESENTE EN				FALLAS EN FRENOS (DAÑO REPENTINO QUE PRESENTE EN			
12. TESTIGOS				12. TESTIGOS			
APPELLIDOS Y NOMBRES				APPELLIDOS Y NOMBRES			
DOC.				DOC.			
IDENTIFICACION No.				IDENTIFICACION No.			
DIRECCION Y CIUDAD				DIRECCION Y CIUDAD			
TELEFONO				TELEFONO			
13. OBSERVACIONES				13. OBSERVACIONES			
14. ANEXOS				14. ANEXOS			
ANEXO 1 Conductores, Vehiculos				ANEXO 1 Conductores, Vehiculos			
ANEXO 2 Victimias, peatonas o pasajeros				ANEXO 2 Victimias, peatonas o pasajeros			
OTROS ANEXOS (Fotos y Videos)				OTROS ANEXOS (Fotos y Videos)			
15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE				15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE			
GRADO				GRADO			
APPELLIDOS Y NOMBRES				APPELLIDOS Y NOMBRES			
DOC.				DOC.			
IDENTIFICACION No.				IDENTIFICACION No.			
PLACA				PLACA			
ENTIDAD				ENTIDAD			
FIRMA				FIRMA			
16. CORRESPONDIO				16. CORRESPONDIO			
NUMERO UNICO DE INVESTIGACION				NUMERO UNICO DE INVESTIGACION			
Ulo.				Ulo.			
Muplo.				Muplo.			
Enl.				Enl.			
U. replotora				U. replotora			
Año				Año			
Consecutivo				Consecutivo			

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

Epicrisis

No. Caso: 70860

Epicrisis Paciente: CC 39318298 DANILSA MARIA DIAZ LICONA

30/12/16 TRAMADOL CLORHIDRATO AMPOLLAS 50 MG / 1 ML CAJA POR 10 AMPOLLAS 50 mg SUBCUTANEA Cada 12 Horas por 1 Dia(s) 2
 30/12/16 Dipirona Amp 2 gr INTRAVENOSA AHORA 2
 30/12/16 FENTANILO CITRATO EQUIVALENTE A FENTANILO BASE 0.5MG 0.05 mg INTRAVENOSA AHORA 1
 30/12/16 MIDAZOLAM CLORHIDRATO 5,560 EQUIVALENTE A MIDAZOLAM 5MG 5 ml INTRAVENOSA AHORA 1
 30/12/16 Acetaminofén Tab 500 mg ORAL Cada 8 Horas por 10 Dia(s) 30
 30/12/16 Cefradina Tab 500 mg ORAL Cada 6 Horas por 7 Dia(s) 28
 30/12/16 MELOXICAM 7.5 mg ORAL Cada 8 Horas por 5 Dia(s) 15
 17/01/17 RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO ap y oblicua izq
 28/12/2016 - LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO PROFUNDO MAS AFRONTAMIENTO DE HERIDA MAGNA PROXIMAL DE PIERNA DERECHA
 LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO MAS CURETAJE DE TIBIA Y PERONE MAS AFRONTAMIENTO DE HERIDA MAGNA EN TERCIO DISTAL DE PIERNA DERECHA
 REDUCCION CERRADA MAS INMOVILIZACION DE FRACTURA DE 4TO METACARPIANO MANO IZQUIERDA
 30/12/2016 - LAVADO MAS DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO EN PIERNA DERECHA
 COLGAJO FASCIOCUTANEO PIERNA DERECHA
 YA REPORTADOS

Cambio en el estado del paciente

PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA HACIA LA MEJORIA

- El Dia **28/12/2016** a las : 10:30

SE VALORA PACIENTE EN EL SERVICIO DE PRIORITARIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA, ESCALA DE GLASGOW 15/15. SE REVISAN RADIOGRAFIAS SOLICITADAS DE MANO IZQUIERDA, DONDE SE EVIDENCIA FRACTURA DIAFIISIARIA, DE 4 METACARPIANO, DE TRAZO OBLICUO LARGO, POR LO CUAL SE PROGRAMA PARA REDUCCION CERRADA DE FRACTURA CON EL FIN DE FAVORECER AL PROCESO DE CONSOLIDACION ÓSEA, RECUPERACION FUNCIONAL DEL SEGMENTO ÓSEO AFECTADO Y FAVORECER A LA DISMINUCION DEL EDEMA DE PARTES BLANDAS.

SE REVISAN RADIOGRAFIAS DE HUMERO IZQUIERDO, PIE DERECHO, FEMUR DERECHO, RODILLA DERECHA Y PIERNA DERECHA, LAS CUALES NO MUESTRAN FOCOS O TRAZOS DE FRACTURA.

PACIENTE CON HERIDA MAGNA DE LA PIERNA DERECHA, SUCIA ALTAMENTE CONTAMINADA, MATERIAL MINERAL PRESENTE. ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS.

SE PROGRAMA PARA LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO MAS EXPLORACION DE HERIDA DE LA PIERNA DERECHA, CON EL FIN DE DISMINUIR RIESGO DE INFECCION LOCAL EN PIEL

SE EXPLICA AL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA MEDICA

- El Dia **28/12/2016** a las : 23:11

+++++INGRESO HOSPITALIZACION+++++

PACIENTE QUIEN INGRESA A HOSPITALIZACION PROCEDENTE DEL SERVICIO DE CIRUGIA REFIERE LEVE DOLOR, EN SITIO DE LESION, N DIFICULTAD RESPIRATORIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

PACIENTE EN CAMA, ESTABLE HIDRATADO ACTIVO RESPONDE AL LLAMADO.

TA: 108/69 FR: 17 T: 36,5 ESCALA DE GLASGOW 15/15 SAO2 99%

ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS

CUELLO MOVIL NO MASAS NO ADENOPATIAS

TORAX: SIMETRICO NO TIRAJES NO ESTIGMAS DE LESION

CARDIO/PULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUENA INTENSIDAD, NO SOPLOS, CAMPOS PULMONARES LIMPIOS NO RUIDO SOBREAGREGADOS, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE DE BUENA INTENSIDAD.

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. PERISTALTISMO PRESENTE.

EXTREMIDADES: HERIDA CUBIERTA CON APOSITOS ESTERILES SIN SANGRADO, CUBIERTAS CON MICROPORE Y GASAS ESTERILES FERULA DE INMOVILIZACION EN MANO IZQUIERDA, NEUROVASCULAR DISTAL CONSERVADO, PULSOS DISTALES PRESENTES.

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: GLASGOW 15/15, NO DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR

ANALISIS Y PLAN: PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIRS, CON DIANOSTICOS ANOTADOS SE DECIDE HOSPITALIZAR PARA MANEJO DEL DOLOR, EDEMA, TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS Y VALORACION DIARIA POR ORTOPEDIA CON RADIOGRAFIA POSOPERATORIA, PENDIENTE NUEVO LAVADO QUIRURGICO EN 48 HRS, SIGNOS DE ALARMA + RECOMENDACIONES GENERALES.

- El Dia **29/12/2016** a las : 01:30

SE RECIBE LLAMADO DE PERSONAL DE ENFERMERIA PACIENTE CON T: 38,1 ASOCIADO A ESCALOSFRIOS Y MALESTAR GENERAL QUE MEJORA CON DOSIFICACION DE DIPIRONA EV DOSIS UNICA, CONSIDERO POSIBLE RESPUESTA A BACTERIA SECUNDARIA A HERIDA MAGNA DESCRITA POR LO CUAL SE INICIA TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DESCRITO Y SE INICIA VIGILANCIA

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Resumen Clínico de Atención

67 Page 2 of 2

No. Caso: 70865

Epícrisis Paciente: CC 16948401 CARLOS ANDRES RIASCOS

S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

Diagnóstico

CONTUSIÓN HOMBRO IZQUIERDO
CONTUSION ESCAPULA IZQUIERDA
CONTUSION TOBILLO IZQUIERDO
CONTUSION PIE IZQUIERDO
NO APLICA

Plan de Tratamiento

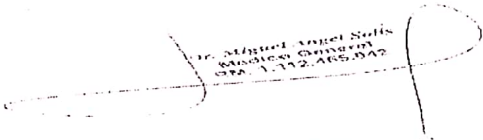
SE DECIDE DAR SALIDA CON ANALGESIA/ANTIINFLAMATORIOS, CRIOTERAPIA, REPOSO EN CASA, RECOMENDACIONES GENERALES, ORDEN DE CONTROL POR CONSULTA EXTERNA . VIGILAR SIGNOS DE ALARMA EN CASA, INCAPACIDAD MEDICO LABORAL ACADEMICA Y COPIA DE HC.PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTA.

Medicamentos Suministrados

DICLOFENACO SODICO 75MG 75 mg INTRAMUSCULAR AHORA
TRAMADOL CLORHIDRATO AMPOLLAS 50 MG / 1 ML CAJA POR 10 AMPOLLAS 50 mg SUBCUTANÉA AHORA
CLORURO DE SODIO -SOLUCION SALINA 0.9% BOLSA X 500 CC 1000 cc INTRAVENOSA AHORA
Insulina Zinc cristalina Fco -vial 8 Ui SUBCUTANÉA AHORA
Dipirona Amp 2 gr INTRAVENOSA AHORA
CLORURO DE SODIO- SOLUCION SALINA 0.9% BOLSA X 100ML 100 cc ORAL AHORA
CLORURO DE SODIO -SOLUCION SALINA 0.9% BOLSA X 500 CC 500 cc INTRAVENOSA AHORA
MELOXICAM 7.5 mg ORAL Cada 12 Horas por 10 Dia(s)
ACETAMINOFEN + CODEINA 500/30 MG 500 mg ORAL Cada 6 Horas por 5 Dia(s)
MENTOL FORMULA MAGISTRAL 50 GR 50 gr TOPICO AHORA

Incapacidad (días): 5

**EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE
PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.**


Dr. MIGUEL ANGEL SOLIS HINESTROZA
Reg.M. 1112465042

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 70865

68

Datos de Identificación del Paciente

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Documento Identidad

RIASCOS

CARLOS

ANDRES

CC - 16948401

Sexo: M

Fecha Nacimiento: 09/05/1982 Edad: 34 Años

Datos de la Atención

Fecha Atencion: 28/12/2016

Servicio al que Ingreso: PRIORITARIA

Descripción

Motivo de Consulta: ACCIDENTE DE TRANSITO**Enfermedad Actual**

PACIENTE QUIEN REFIERE SUFRIÓ ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN HOMBRO ESCAUPA Y TOBILLO Y PIE IZQUIERDO POSTERIOR DOLOR EVA 10/10, EDEMA, LIMITACION AL MOVIMIENTO, LIMITACION EN ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR NIEGA TCE, NO TRAUMA DE ABDOMEN, NO TRAUMA DE TORAX, PACIENTE AL MOMENTO SIN DISNEA, ALGICO, UBICADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES

Antecedentes

DIABETES : POSITIVO,

HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,

TABAQUISMO : NIEGA,

ASMA : NIEGA,

IVU : NIEGA,

EPOC : NIEGA,

OBESIDAD : NIEGA,

COLAGENESIS : NIEGA,

CARDIOPATÍA : NIEGA,

RENAL CRÓNICO : NIEGA,

ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,

ALERGICOS : NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS, ALIMENTOS, U OTRAS SUSTANCIAS

OTROS : PATOLOGICOS : DM II NO CONTROLADA

QUIRURGICOS: NIEGA

FARMACOLOGICOS: NIEGA

TOXICOS: NIEGA

FAMILIARES : NIEGA

FUR: NO APLICA

Revision por Sistemas

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA

CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA

TORAX : NIEGA SINTOMATOLOGIA

ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA

GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA

PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA

DORSO Y EXTREMIDADES : DOLOR HOMBRO IZQUIERDO

DOLOR ESCAPULA IZQUIERDA

DOLOR TOBILLO IZQUIERDO

DOLOR PIE IZQUIERDO

S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

Hallazgos del Examen Físico

FC: 75 FR: 19 P.A.: 100/75 Temp: 36.5

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : BUEN ESTADO GERANAL

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE

CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE

TORAX : SIN ALTERACION APARENTE

ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE

GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE

PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE

DORSO Y EXTREMIDADES : HOMBRO IZQUIERDO : DOLOR, ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR LIMITADOS POR DOLOR, DOLOR A LA MOVILIZACION ACTIVA Y PASIVA, EDEMA, LIMITACION AL MOVIMIENTO

ESCAPULA IZQUIERDA : DOLOR, ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR LIMITADOS POR DOLOR, DOLOR A LA MOVILIZACION ACTIVA Y PASIVA, EDEMA, LIMITACION AL MOVIMIENTO


TOBILLO IZQUIERDO : DOLOR, ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR LIMITADOS POR DOLOR, DOLOR A LA MOVILIZACION ACTIVA Y PASIVA, EDEMA, LIMITACION AL MOVIMIENTO

PIE IZQUIERDO : DOLOR, ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR LIMITADOS POR DOLOR, DOLOR A LA MOVILIZACION ACTIVA Y PASIVA, EDEMA, LIMITACION AL MOVIMIENTO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE TRANSPORTE
LICENCIA DE CONDUCCIÓN
 No. 1101034559

BRYAN EMBRECH RAMIREZ ZARATE
 Fecha de nacimiento: 15-05-1970
 Fecha de expedición: 08-04-2018
 Representante del titular: [Firma]

ESTRATA NACIONAL 130 CALI



CATEGORÍAS AUTORIZADAS			
CLASE	DESCRIPCIÓN	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO
B1	VEHÍCULO DE PASAJE	08-04-2018	08-04-2023
C1	VEHÍCULO DE PASAJE	08-04-2018	08-04-2023



ENTRADA EN EL VEHÍCULO
 IDENTIFICACIÓN DEL CONDUCTOR
 IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

JPO2VJ314679V9 126893

CAMPEÑO FORD 79

CABINA BLANDA AZUL

LA 18X16-54326

LOTAS JUNIO 27.86

M 44025 B/QUILLA DIC.19.79

CALL. VJ-31-46 PUBLICO.

GILBERTO BETANCOURT PINZON.

16.545.535 DE ROLDANILLO.

No 126893

EL SUSCRITO COORDINADOR DE BASE DE DATOS CERTIFICA

Que el Afiliado presenta los siguientes datos a la fecha de su expedición:

Numero de Identificación:	CC	39318298
Apellidos:	DIAZ LICONA	
Nombres:	DANILSA MARIA	
Fecha de Nacimiento:	27/06/1982	
Nivel y Ficha sisben:	N 0	
Plan de Salud	SUBSIDIADO	
Estado de Afiliación:	Activo	
Municipio	CALI	Departamento VALLE
Zona	U	Fecha Afiliación EPS 01/06/2013
IPS Primaria Asignada	ESE RED DE SALUD DE LADERA HOSPITAL CAÑAVERALEJO - CALI (VALLE)	

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud

Valida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición.

No es valido para aclarar multifiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores prestadores:

Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad.

En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad.

En constancia de firma el día Lunes, 06 de Marzo de 2017 a solicitud del interesado.

Sonia Chacon Freire

Coordinador de Base de Datos

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito

Para mayor información comuníquese:

En Pasto PBX: 7336030 Ext. 10220, 10221, 11601

En Cali PBX: 5129200 Ext. 13119, 13313, 13112

Centro de Contactos -- Nariño-Putumayo(2)7336889 -- Cauca-Valle del Cauca(2)3850212

Centro de Contactos -- Linea Nacional 018000129393

Servicios en línea

Imprimir

Nueva Consulta

Microsoft OLE DB Provider for ODBC Drivers error '80004005'

certificacion/index1.htm

Epicrisis Paciente: CC 39318298 DANILSA MARIA DIAZ LICONA

LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS, SE OBSERVA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO A NIVEL DE LA PIERNA HERIDA POR TRAUMA SUTURADA CUBIERTA CON GASAS MAS MICROPORE NO ESTIGMAS DE SANGRADO ACTIVO INMOVILIZADO CON VENDAJE ELASTICO ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS NO EDEMAS NO LIMITACION FISICA NO HAY ALTERACION NUEOVASCULAR NO HAY DOLOR A LA PALPACION NI A LA MOVILIZACION, GLASGOW 15/15.

PACIENTE YA CONOCIDA PR EL SERVICIO, EL DIA DE HOY SERA LLEVADA A LAVADO QUIRURGICO, ACTUALMENTE ESTABLE REFIERE HABER PASADO BUENA NOCHE, AUN CON CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO. SE CONTINUA CON PLAN MANEJO YA PROPUESTO. SE EXPLICA A FAMILIAR Y PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

- El Día **30/12/2016** a las : 06:27

SUBJETIVO: PACIENTE QUE LOGRA CONCILIAR MEJOR EL SUEÑO MODULANDO EL DOLOR NIEGA FIEBRE U OTRAS SINTOMATOLOGIA

OBJETIVO: PACIENTE EN CAMA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR ALERTA CONCIENTE ORIENTADA AFEBRIL SIN SIRS CON GLASGOW 15/15.
SIGNOS VITALES: TA: 103/64 FC: 76 FR: 18 T: 36.6

CABECA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSAS HUMEDAS CUELLO MOVIL SIN DOLOR NO MASAS NO ADENOPATIAS
TORAX: SIMETRICO SIN PRESENCIA DE TIRAJES, A NIVEL CARDIO/PULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUENA INTENSIDAD, NO SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. PERISTALTISMO PRESENTE.
EXTREMIDADES: MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO A NIVEL DE LA MANO INMOVILIZADA CON FERUA DE YESO Y MIEMBRO INFERIOR DERECHO A NIVEL DE LA PIERNA HERIDA POR TRAUMA SUTURADA CUBIERTA CON GASAS MAS MICROPORE NO ESTIGMAS DE SANGRADO ACTIVO INMOVILIZADO CON VENDAJE ELASTICO ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS NO EDEMAS NO LIMITACION FISICA NO HAY ALTERACION NUEOVASCULAR NO HAY DOLOR A LA PALPACION NI A LA MOVILIZACION, LLENADO CAPILAR <3 SEGUNDOS.
SISTEMA NERVISIO CENTRAL: GLASGOW 15/15, NO DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR

PACIENTE VALORADA CON EL DR ARAGON , SE ENCUENTRA ATUALMENTE ESTABLE, EL DIA DE HOY SERA LLEVADA A LAVADO QUIRURGICO Y POR LA SALIDA DESDE SALAS. SE EXPLICA A FAMILIAR Y ACOMPAÑANTE LOS CUALES REFIEREN QUE ENTIENDEN Y ACEPTAN

- El Día **04/01/2017** a las : 09:25

PACIENTE CON COMPROMISO DE TIPO HERIDA MAGNA, COBERTURA AB INICIAL CON CIPRO - CLINDAMICINA PENDIENTE

Resultados de Procedimientos Diagnosticos

YA REPORTADOS

Justificacion de indicaciones terapeuticas

NA

Plan de manejo ambulatorio

EGRESO
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
FORMULA MEDICA CON ANALGESIA, ANTIBIOTICO ORAL
LAVADO MAS DESBRIDAMIENTO QUIRURGICO AMBULATORIO EN 48 HRS POR ALTO RIESGO DE NECROSIS GENERANDO DEFECTO COBERTURA E INFECCION TEJIDOS BLANDOS
CONTRÓL POR TEJIDOS BLANDOS EN 1 SEMANA
RETIRO DE PUNTOS EN 15 DIAS SEGUN EVOLUCION DEL TEJIDO
INCAPACIDAD MEDICA POR 15 DIAS

Diagnóstico de Egreso

1. TRAUMA DE HUMERO IZQUIERDO
2. TRAUMA DE MANO IZQUIERDA
3. TRAUMA DE PIE DERECHO
4. TRAUMA DE FEMUR DERECHO
5. TRAUMA DE RODILLA DERECHA
6. TRAUMA DE PIERNA DERECHA MAS HERIDA MAGNA

V899 PERSONA LESIONADA EN ACCIDENTE DE VEHICULO NO ESPECIFICADO
S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA

73

78 2

10 33

Inversiones Medicas Valle Salud S.A.S
Epicrisis

72 Page 6 of 6

No. Caso: 70860

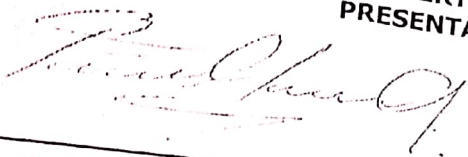
Epicrisis Paciente: CC 39318298 DANILSA MARIA DIAZ LICONA
S818 HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA
S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

Estado al Egreso: Vivo

Estado General a la Salida: EN BUENAS CONDICIONES GENERALES

Incapacidad (días): 0

**EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE
PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.**



Dr. FREDDY MONCLOU GARZON
Reg.M. 7637452010

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39318298

DIAZ LICONA
APELLIDOS

DANILSA MARIA
NOMBRES

DANILSA DIAZ

FIRMA



73



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-JUN-1982

TURBO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

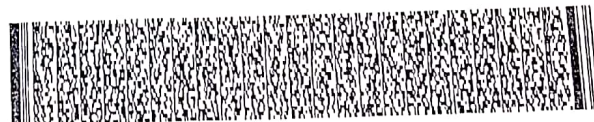
O+
G.S. RH

F
SEXO

20-FEB-2001 TURBO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-0128000-14094296-F-0039318298-20011017

0072401290A 01 104012226

12/04/2017

Orden Medicas

74



OOSTRAUMA VALLE S.A.S
900014881-8
CARRERA 43 # 5 B-41
5548410 -

Historia Clinica 39318298
Orden Medica No. 168885
Sede OOSTRAUMA CALI
No. Documento A-2425
Fecha de Impresión 2017-04-12

Fecha Orden	12/04/2017	Válido Hasta	2017-07-11	Afiliado	DANILSA MARIA DIAZ LICONA	
Paciente	DANILSA MARIA DIAZ LICONA			Tipo	COTIZANTE	Estrato R1
Identificación	CC -39318298			Entidad	EMSSANAR POS	
Fecha Nac.	06/27/1982			Edad	34 años	Sexo FEMENINO
Diagnostico Principal	(S841) TRAUMATISMO DEL NERVI PERONEO A NIVEL DE LA PIERNA					
Diagnostico Relacionado						

Pertinencia	Código	Descripción	Indicaciones	Autorización	Observaciones	Cantidad
Regular	891508	NEUROCONDUCCION POR CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS NERVIOS) +	MIMEMBRO INFERIOR DERECHO, LESION DE PERONERO			1
Regular	930801	ELECTROMIOGRAFIA CON ELECTRODO DE FIBRA UNICA	MIMEMBRO INFERIOR DERECHO, LESION DE PERONERO			1
Regular	931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL	10 SEISOES POR PIE CAIDO DERECHO			10
Regular	1890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA MEDICINA FISICA Y DEL DEPORTE	PIE CAIDO SECUELA DE TRAUM, VALORACION PRIORITARIA			1
Regular	8903027	CONSULTA CONTROL O SEGUIMIENTO POR TRAUMATOLOGIA	CONTROL EN UN MES CON ORTOEPDIA			1

OOSTRAUMA VALLE S.A.S.
NIT. 900 614 881 8
Cra. 43 No 5B 41 Cal Valle
Tels. 554 8410 - 5533292 - Cel 315 478 64 15

OSCAR ANDRES ARBOLEDA ZAPATA
CC-1112221233 - CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
76-1783-13
Se Firma Electrónicamente

Firma del Usuario
Dcto Ident:

OOSTRAUMA VALLE S.A.S carrera 31 # 31-23 PBX: 2716680 / OOSTRAUMA CALI CARRERA 43 # 5B-41 PBX: 5548410 /

VA
No.
701
Dir
Or
C
N

No. de Caso: 43926	Nombre del Paciente DANILSA MARIA DIAZ LICONA	Edad 34 Años	Sexo FEMENINO	Identificación 39318298
Dirección: AVENIDA 8 # 29-59		Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)		Telefono: 3215708923
Ocupación: OTROS TRABAJADORES DE		Estado Civil: UNION	Entidad: INVERSIONES MEDICAS VALLE	
Fec. Nacim.: 27/06/1982		Fecha Ing.: 06/02/2017		Hora Ing.: 09:17
Nombre del Acompañante:		Parentesco:		

MOTIVO DE CONSULTA : "VENGO A CONTROL"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ASISTE A CONTROL POS OPERATORIO DE INJERTO DE PIEL PARCIAL EN DEFECTO DE COBERTURA EN LA PIERNA DERECHA DE 22 DIAS DE EVOLUCION. REFIERE DOLOR LEVE EN EL AREA DEL INJERTO.
EXAMEN FISICO: SE OBSERVA PERDIDA DEL INJERTO DE 2 POR 1 CM LA REGION DISTAL. SE OBSERVA TEJIDO FIBRINOIDE, SIN SIGNOS DE INFECCION. NO SECRECIONES PATOLOGICAS.
PLAN. SE REALIZA CURACION.
PACIENTE QUIEN YA AGOTO SOAT POR LO QUE DEBE SEGUIR ACOMPAÑAMIENTO POR LA EPS.

ANTECEDENTES

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
ALERGICOS : NIEGA

OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,
OTROS : ACCIDENTE DE TRANSITO

EXAMEN FISICO

FC : 80 FR : 18 T/A : 120/70 TEMP : 36,5
GLASGOW : E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple
ordenes Expresadas por Voz
VALOR: 15 / 15 -

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

DIAGNOSTICOS

EVOLUCIÓN

PACIENTE QUIEN ASISTE A CONTROL POS OPERATORIO DE INJERTO DE PIEL PARCIAL EN DEFECTO DE COBERTURA EN LA PIERNA DERECHA DE 22 DIAS DE EVOLUCION. REFIERE DOLOR LEVE EN EL AREA DEL INJERTO.
EXAMEN FISICO: SE OBSERVA PERDIDA DEL INJERTO DE 2 POR 1 CM LA REGION DISTAL. SE OBSERVA TEJIDO FIBRINOIDE, SIN SIGNOS DE INFECCION. NO SECRECIONES PATOLOGICAS.
PLAN. SE REALIZA CURACION.
PACIENTE QUIEN YA AGOTO SOAT POR LO QUE DEBE SEGUIR ACOMPAÑAMIENTO POR LA EPS.

CONDUCTA / PLAN

HISTORIA CLINICA DE PRIORITARIA

Nit: 900631361 6



RED DE SALUD DE LADERA - ESE [760010395901]
NIT 805.027.289-9

Cra 24A Nro 4 - 08 Barrio Miraflores - TEL: PBX (2) 6080124 - FAX: - MAIL:
Santiago de Cali, VALLE DEL CAUCA

Lunes, 13-Mar-2017

R-FAST 8.5e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL
IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

Pág. 1 de 2

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 39318298

CC 39318298

DIAZ LICONA DANILSA MARIA

Fem, 34 Años (27-Jun-1982)

Regimen: Subsidiado

Empresa: Emssanar ESS - Nivel: Nivel 1

Numero de afiliación:

Etnia: Blanco, Tipo discapacidad: De la locomoción, Grado discapacidad: Severa

Residencia: AV 8 NO 19-70 - Teléfono: 3215708923, Barrio: Terrón Colorado (Zona Urbana), Comuna: COMUNA 01, Zona: Red De Servicios E.S.E. Ladera -

Municipio: [76001] Santiago de Cali

En caso de urgencia avisar a: C (C) - Dirección: - Teléfono: CC

Apertura MEDICA GENERAL del 13-Mar-2017 03:15 pm: 34 Años
Id: 3808159

Enfermedades de Transmisión Sexual

NEGATIVO

HÁBITOS

ALCOHOLISMO.

REVISIÓN POR SISTEMA

Digestivo: NORMAL

Cardiovascular: NORMAL

Respiratorio: NORMAL

ORL: NORMAL

Endocrino: NORMAL

Genito-urinario: NO SE EXAMINA

Hematopoyético: NORMAL

Osteo-muscular: NORMAL

Nervioso: NORMAL

Psicológico: NORMAL

** CLASIFICACION DEL GRUPO ETNICO / Definición del Grupo **

Grupos: 91. Otro

Wendy Saavedra
Médico General
R.M. 1111769084

PROFESIONAL: [2778] (MED) WENDY GIOVANNA SAAVEDRA SEGURA (HBC) -
Registro: 1111769084 - Especialidad: MEDICINA GENERAL

[]

**Evolución del 13-Mar-2017 03:15 pm: 34 Años

Id: 6151579

EVOLUCIÓN

PACIENTE ANTECEDENTE DE AUTOINJERTO DE PIEL EN MID POR LACERACION DE TENDON, DEBIDO A ACCIDENTE DE TRANSITO AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA TERCIO DISTAL DE MID HERIDA DE 4X4 CON PRESENCIA DE TEJIDO DE GRANULACION, ESCASOS BORDES NECROTICOS Y SALIDA DE MATERIAL PURULENTO, SE CONSIDERA RECHAZO DE INJERTO, POR LO QUE DEBE SER VALORADA POR CIRUGIA PLASTICA PRIORITARIA.

EXÁMEN FÍSICO

Inspección general: BUEN ASPECTO GRAL.
Frec. cardiaca: 75, Frec. respiratoria: 18, Temperatura: 36.0°C, Peso: 64.0 Kgs., Talla: 158 cms., IMC: 25.64 Sobre peso, Perímetro cintura: --, Saturación O2: --, Filtración glomerular: --, Estado al llegar: Consciente, Colaborador a la consulta: SI, Usuario hidratado: SI, Aparentemente embriagado: NO Tensión arterial: Sentado: 120 / 80 (Optima / TA Media: 93), Acostado: -- De pie: --, Cúbito Lat. Izq.: --

SINTOMATICOS RESPIRATORIOS / CLASIFICACIÓN

¿ Presenta tos por mas de 15 dias ? No

RIESGO CANCER DE CERVIX. / TAMIZAJE CANCER DE CUELLO UTERINO

VAL

No.

708

Dire

Oci

Co

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

Nc

R-FAST 8.5e

[HCS ARCHIVO 1 1010 1010]



IMPRESIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

R-FAST 8.5e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

HC: 39318298 CC 39318298 DIAZ LICONA DANILSA MARIA

Fem, 34 Años (27-Jun-1982)

**RIESGO CANCER DE CERVIX. / TAMIZAJE CANCER DE CUELLO

UTERINO** de toma de muestra para citología cervico uterina.:

RIESGO CANCER DE CERVIX. / COLPOSCOPIA

91- Fecha de toma de muestra para colposcopia.:

93 - Resultado:

RIESGO CANCER DE CERVIX. / BIOPSIA CERVICAL

93- Fecha toma de muestra para biopsia cervical.:

RIESGO CANCER DE CERVIX. / OBSERVACIONES

OBSERVACIONES:

CABEZA Y CUELLO

NORMAL

CARA, OJOS Y ORL

NORMAL

TÓRAX, CORAZÓN Y PUL

NORMAL

ABDÓMEN Y LUMBAR

NORMAL

ISTEMA GENITO-URINA

NORMAL

XTREMIDADES Y PELVI

NORMAL

ISTEMA NEUROLÓGICO

NORMAL

ISTEMA OSTEOMUSCULA

NORMAL

TEL

NORMAL

STADO MENTAL

NORMAL

AGNÓSTICO

Documento de venta: 760010395901-CPS-10842581

Principal de consulta: [T858] OTRAS COMPLICACIONES DE OTROS

DISPOSITIVOS PROTESICOS, IMPLANTES E INJERTOS INTERNOS, NO

CLASIFICADO - Impresión diagnostica

Servicio de egreso: 1100 Consulta Médica General

no se hicieron Remisiones

CONCILIACION MEDICAMENTOSA / JUSTIFICACION

EDICAMENTOSA**

ESCRIBA LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA EL PACIENTE:

INDUCTA A SEGUIR

SOLICITA VALORACION PRO CIRUGIA PLASTICA PRIORITARA.

INDICACIONES ASOCIADAS

ginecológica previa / ectópico: -- Enfermedad renal crónica: --

diabetes gestacional: --

diabetes mellitus: --

Enfermedad infecciosa aguda: --

Enfermedad autoinmune: --

EMBARAZO ACTUAL

Morragia 20 semanas o menos: --

Vaginal > 20 semanas: --

Marzo de 2017, 03:47:26 p.m.

MAT

Embarazo prolongado (42 semanas): --

Hipertensión arterial: --

Ruptura prematura de membrana: --

Polihidramnios: --

Retardo de crecimiento intrauterino: -- Embarazo multiple: --

Mala presentación: --

Isoinmunización RH: --

RIESGO PSICOSOCIAL

Tensión emocional: --

Humor depresivo: --

Síntomas neurovegetativos: --

SOPORTE FAMILIAR Y/O DEL COMPAÑERO

Comparte el tiempo: --

Comparte el espacio: --

Comparte el dinero: --

CONTROL PRENATAL

Edad gestacional: --

Frecuencia cardiaca fetal: --

Presentación fetal: --

Movimientos fetales: --

Valoración del cuello uterino: --

Edemas: --

Monitoreo fetal electrónico: --

Documento de venta asociado

CPS-10842581

Subsidiado: Emssanar ESS

Wendy Saavedra
Médico General
R.M. 111769084

PROFESIONAL: [2778] (MED) WENDY GIOVANNA SAAVEDRA SEGURA (HBC) -
Registro: 1111769084 - Especialidad: MEDICINA GENERAL
[7600100251] HOSPITAL CAÑAVERALEJO

R-FAST 8.5e

[HOS_ARCHIVO04 # phoyos] phoyos



HISTORIA CLINICA DE CONSULTA

Page 1 of 3 78

HISTORIA CLINICA DE PRIORITARIA

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S Nit: 900631361 6

Caso: 70860

NO. ADMISION: 108233

No. de Caso: 70860	Nombre del Paciente DANILSA MARIA DIAZ LICONA	Edad 34 Años	Sexo FEMENINO	Identificación 39318298
Dirección: AVENIDA 8 # 29-59	Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)	Telefono: 3215708923		
Ocupación: OTROS TRABAJADORES DE	Estado Civil: UNION	Responsable: CONSORCIO SAYP 2011		
Convenio:	Fec. Nacim.: 27/06/1982	Fecha Ing.: 28/12/2016	Hora Ing.: 09:06	
Nombre del Acompañante:	Parentesco:			

MOTIVO DE CONSULTA : ACCIDENTE DE TRANSITO

PACIENTE TRAIDO EN AMBULANCIA POR PARAMEDICOS QUIEN REFIERE ACCIDENTE DE TRANSITO MIENTRAS SE DESPLAZABA EN AUTOBUS, EN CALIDAD DE OCUPANTE, RECIBIENDO TRAUMA EN BRAZO IZQUIERDO, MANO IZQUIERDA, PIE DERECHO, MUSLO DERECHO, RODILLA DERECHA, CON HERIDA MAGNA DE LA PIERNA DERECHA, CON POSTERIOR DOLOR, EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL DE AREAS AFECTADAS, NIEGA TRAUMA EN TORAX O ABDOMEN, NIEGA TRAUMA CRANEOENCEFALICO, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

PACIENTE EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NI SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA.

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
ALERGICOS : NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS,
ALIMENTOS, U OTRAS SUSTANCIAS

ANTECEDENTES

OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATIA : NIEGA,
RENAL CRONICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLOGICAS : NIEGA,
OTROS : PATOLOGICOS: ASMA CONTROLADA, FRACTURA DE CUBITO IZQUIERDO
QUIRURGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
TOXICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA
FUR: NOV 30 /2016

REVISION POR SISTEMAS

REVISION POR SISTEMA
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
TORAX : NIEGA SINTOMATOLOGIA
ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA
GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
DORSO Y EXTREMIDADES : BRAZO IZQUIERDO: DOLOR
MANO IZQUIERDA: DOLOR
PIE DERECHO: DOLOR
FEMUR DERECHO: DOLOR
RODILLA DERECHA: DOLOR
PIERNA DERECHA: DOLOR + HERIDA MAGNA
S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

Fecha: 23/01/2017 08:42

repHistoriaUrgencias Usuario: martin.cuellar

Telefono:3865830 - Dirección:AV 4N # 14 - 12



CENTRO MÉDICO
VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

79 Page 1 of 2

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 43926

NO. ADMISION: 45510

No. de Caso: 43926	Nombre del Paciente DANILSA MARIA DIAZ LICONA	Edad 34 Años	Sexo FEMENINO	Identificación 39318298
Dirección: AVENIDA 8 # 29-59		Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)	Telefono: 3215708923	
Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE		Estado Civil: UNION	Entidad : INVERSIONES MEDICAS VALLE	
Fec. Nacim. : 27/06/1982		Fecha Ing.: 06/02/2017	Hora Ing.: 09:17	
Nombre del Acompañante:		Parentesco:		

MOTIVO DE CONSULTA : "VENGO A CONTROL"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ASISTE A CONTROL POS OPERATORIO DE INJERTO DE PIEL PARCIAL EN DEFECTO DE COBERTURA EN LA PIERNA DERECHA DE 22 DIAS DE EVOLUCION. REFIERE DOLOR LEVE EN EL AREA DEL INJERTO.
EXAMEN FISICO: SE OBSERVA PERDIDA DEL INJERTO DE 2 POR 1 CM LA REGION DISTAL. SE OBSERVA TEJIDO FIBRINOIDE, SIN SIGNOS DE INFECCION. NO SECRECIONES PATOLOGICAS.
PLAN. SE REALIZA CURACION.
PACIENTE QUIEN YA AGOTO SOAT POR LO QUE DEBE SEGUIR ACOMPAÑAMIENTO POR LA EPS.

ANTECEDENTES

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
ALERGICOS : NIEGA

OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,
OTROS : ACCIDENTE DE TRÁNSITO

EXAMEN FISICO

FC : 80 FR : 18 T/A : 120/70 TEMP : 36.5
GLASGOW : E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple
ordenes Expresadas por Voz
VALOR: 15 / 15 -

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C.

DIAGNOSTICOS

V899 - PERSONA LESIONADA EN ACCIDENTE DE VEHICULO NO ESPECIFICADO

EVOLUCIÓN

PACIENTE QUIEN ASISTE A CONTROL POS OPERATORIO DE INJERTO DE PIEL PARCIAL EN DEFECTO DE COBERTURA LA PIERNA DERECHA DE 22 DIAS DE EVOLUCION. REFIERE DOLOR LEVE EN EL AREA DEL INJERTO.
EXAMEN FISICO: SE OBSERVA PERDIDA DEL INJERTO DE 2 POR 1 CM LA REGION DISTAL. SE OBSERVA TEJIDO FIBRINOIDE, SIN SIGNOS DE INFECCION. NO SECRECIONES PATOLOGICAS.
PLAN. SE REALIZA CURACION.
PACIENTE QUIEN YA AGOTO SOAT POR LO QUE DEBE SEGUIR ACOMPAÑAMIENTO POR LA EPS.

CONDUCTA / PLAN

Caso: 70860

PACIENTE: 39318298 - DANILSA MARIA DIAZ LICONA

NO. ADMISION: 108233

MARTIN ALONSO CUELLAR L.
Médico General
C.C. 376531



Firma del Paciente

Dr. MARTIN ALONSO CUELLAR LOZANO
Reg.M. 760531 Esp. MEDICINA GENERAL



CLÍNICA

VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE PRIORITARIA

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S Nit: 900631361 6

8/

Page 2 of 3

Caso: 70860

NO. ADMISION: 108233

PACIENTE: 39318298 - DANILSA MARIA DIAZ LICONA

EXAMEN FISICO

FC: 85 FR: 20 T/A: 120/80 TEMP: 36 PESO: 70 Kg. TALLA: 1.68

GLASGOW: E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple
ordenes Expresadas por Voz
VALOR: 15 / 15 -

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : PACIENTE INGRESA EN CAMILLA EN COMPAÑIA DE PARAMEDICOS, ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : BRAZO IZQUIERDO: EDEMA, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD DISMINUIDOS POR DOLOR, DOLOR LA MOVILIZACION ACTIVA Y PASIVA, NO DEFICIT NEUROVASCULAR
MANO IZQUIERDA: EDEMA, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD DISMINUIDOS POR DOLOR, DOLOR LA MOVILIZACION ACTIVA Y PASIVA, NO DEFICIT NEUROVASCULAR
PIE DERECHO: EDEMA, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD DISMINUIDOS POR DOLOR, DOLOR LA MOVILIZACION ACTIVA Y PASIVA, NO DEFICIT NEUROVASCULAR
MUSLO DERECHO: EDEMA, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD DISMINUIDOS POR DOLOR, DOLOR LA MOVILIZACION ACTIVA Y PASIVA, NO DEFICIT NEUROVASCULAR
RODILLA DERECHA: EDEMA, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD DISMINUIDOS POR DOLOR, DOLOR LA MOVILIZACION ACTIVA Y PASIVA, NO DEFICIT NEUROVASCULAR
PIERNA DERECHA: EDEMA, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD DISMINUIDOS POR DOLOR, DOLOR LA MOVILIZACION ACTIVA Y PASIVA, NO DEFICIT NEUROVASCULAR, HERIDA MAGNA DE BORDES IRREGULARES DESVITALIZADOS CON EXPOSICION DE TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SANGRADO MODERADO, SUCIA ALTAMENTE CONTAMINADA CON PRESENCIA DE MATERIAL MINERAL.
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

DIAGNOSTICOS PRESUNTIVO

V899 - PERSONA LESIONADA EN ACCIDENTE DE VEHICULO NO ESPECIFICADO
S801 - CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
S818 - HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA
S602 - CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

1. TRAUMA DE HUMERO IZQUIERDO
2. TRAUMA DE MANO IZQUIERDA
3. TRAUMA DE PIE DERECHO
4. TRAUMA DE FEMUR DERECHO
5. TRAUMA DE RODILLA DERECHA
6. TRAUMA DE PIERNA DERECHA MAS HERIDA MAGNA

RED DE SALUD DE LADERA - ESE

NIT 805 027 282-9

Cra 24A Nro 4 - OB Barrio Miraflores - TEL: PBX (2) 8000124 - FAX: - MAIL: redsaludladerese@saludladera.gov.co

Santiago de Cali, VALLE DEL CAUCA

REMISIÓN DE PACIENTES

R-FAST 8.5e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL
7600100395901 - FINT - 948614

Pág. 1 de 1

AUTORIZACION CRUE XXXX, Autorizado por: XXXX

INSTITUCION QUE REMITE: S. TERRON COLORADO

HISTORIA CLINICA No. 39318298

FECHA DE REMISION 15-Feb-2017 04:49 pm

NOMBRE DEL PACIENTE DIAZ LICONA DANILSA MARIA

REGIMEN/EMPRESA Subsidiado / Emssanar ESS

RESIDENCIA DEL PACIENTE

DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA

7 6

AV 8 NO 19-70

3215708923

Terrón Colorado

MUNICIPIO Santiago de Cali

0 0 1

DIRECCION

TELEFONO

BARRIO / VEREDA

ZONA: URBANO ☒ RURAL ☒

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:

C

CC

INSTITUCION A DONDE SE REMITE:

EMSSANAR E.P.S

DIRECCION

TELEFONO

CIUDAD / BARRIO

B14000337-1

1 X 2 3

Consulta cirugía general

IMPRESION DIAGNOSTICA

CODIGO

NIVEL INST.

SERVICIO A DONDE SE REMITE

INFECCION POSTRAUMATICA DE HERIDA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE CODIGO: [T793]

TIPO DX: Impresión diagnóstica

CAUSA BASICA DE REMISION Nivel de atención

OBSERVACIONES

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO DIC 28 DE 2016 PRESENTANDO LESION A NIVEL DE MS IZQ (FRACTURA DE 2-3 METACARPANO) Y MI DERECHO (LACERACION DE TENDON) PARA LO CUAL REQUIRIRIO INTERVENCION QUIRURGICA EL DIA 16 DE ENERO DEL PRESENTE AÑO EN LA CLINICA VALLESALUD, CON INJERTO DE PIEL A NIVEL DE PIERNA DER; REFIERE PACIENTE QUE 8 DIAS DESPUES DE PROCEDIMIENTO ACUDE A CURACION DONDE SE EVIDENCIA CAMBIOS INFLAMATORIOS Y PRESENCIA DE MATERIAL PURULENTO POR LO CUAL ES MANEJADA CON ANTIBIOTICO ORAL Y CONTINUA CON CURACIONES, SIN EMBARGO AL NO VER MEJORIA Y PRESENTAR DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD DECIDE ACUDIR AYER A CENTRO DE SALUD DE TERRON COLORADO. AL EXAMEN FISICO: EXT: MS IZQ: PRESENCIA DE FERULA DE YESO, NO EVIDENCIA DEMA.

MI DER: A NIVEL DE TERCIO DISTAL DE PIERNA SE OBSERVA LESION ULCERATIVA DE APROX 6X5 CM, CON PRESENCIA DE TEJIDO DE GRANULACION Y ESCASO BORDES NECROTICO, ADEMÁS MATERIAL SEROPURULENTO ESCASO, HIPOESTESIA. ESCASO RUBOR Y CALOR LOCAL. PLAN: PACIENTE CON IDX DE HERIDA SOBREENFECTADA, NECROSIS DE ZONA DE INJERTO, AL EXAMEN FISICO CON HIPOESTESIS, HERIDA CON CAMBIOS INFLAMATORIOS Y BORDES NECROTICOS, CONSIDERO PACIENTE DEBE SER VALORADA Y MANEJADA EN NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD POR CIRUGIA PLASTICA U ORTOPEDIA SEGÚN SEA EL CASO, DETERMINAR NECESIDAD DE NUEVO INJERTO. PACIENTE QUIEN FUE INTERVENIDA INICIALMENTE EN CLINICA VALLESALUD.

INSTITUCIÓN QUE REMITE

7600100359

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REMITE

(MED) DELGADO SALAZAR MARIO FERNANDO Tipo de profesional: Médico general

RESPUESTA:

SI

1

NO

2

Se justifica la remisión

SI

1

NO

2

Si no, por qué?

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

EL PACIENTE FUE HOSPITALIZADO

SI

1

NO

2

HUBO MUERTE

SI

1

NO

2

FECHA MUERTE

Mes Día Año Hora

A.M.

P.M.

HISTORIA CLINICA No.

PLAN DE

TRATAMIENTO

TIPO TRATAMIENTO

MD

QX

MD - QX

NIVEL INTERVENCION QUIRURGICA

Dx Intervención Quirúrgica:

CODIGO

INTERVENCION

CODIGO INST.

INSTITUCION QUE RESPONDE

NIVEL INST.

1

2

3

NOMBRE DE QUIEN RESPONDE

FIRMA

FECHA RESPUESTA

Mes Día Año

MD

1

ODONT

2

ENF.

3

AUX.

4

EST.

5

OTRO

6

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO DIC 28 DE 2016 PRESENTANDO LESION A NIVEL DE MS IZQ (FRACTURA DE 2-3 METACARPIANO) Y MI DERECHO (LACERACION DE TENDON) PARA LO CUAL REQUIRIRO INTERVENSION QUIRURGICA EL DIA 16 DE ENERO DEL PRESENTE AÑO EN LA CLINICA VALLESALUD, CON INJERTO DE PIEL A NIVEL DE PIERNA DER; REFIERE PACIENTE QUE 8 DIAS DESPUES DE PROCEDIMIENTO ACUDE A CURACION DONDE SE EVIDENCIA CAMBIOS INFLAMATORIOS Y PRESENCIA DE MATERIAL PURULENTO POR LO CUAL ES MANEJADA CON ANTIBIOTICO ORAL Y CONTINUA CON CURACIONES, SIN EMBARGO AL NO VER MEJORIA Y PRESENTAR DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD DECIDE ACUDIR AYER A CENTRO DE SALUD DE TERRON COLORADO DONDE DECIDE HOSPITAL CON IDX DE HERIDA SOBREINFECTADA. ANT - PATO: ASMA. QX: RECONSTRUCCION DE TENDON CONJUNTO DORSO DEL PIE DERECHO HACE 1 MES.- RA + OSTEOSINTESIS MS DERECHO HACE 2 AÑOS. ALERG: NIEGA. AL EXAMEN FISICO: ALERTA, ORIENTADA, TRANQUILA. SV - FC: 78 FR: 19 TA: 128/70 SAT: 98%. BOCA: MUCOSAS SEMIHUMEDAS. C/P: RCRR DE BUENA INTENSIDAD, NO SOPLOS; CP VENTILADOS, NO SOBREAGREGADOS. EXT: MS IZQ: PRESENCIA DE FERULA DE YESO, NO EVIDENCIA EDEMA. MI DER: A NIVEL DE TERCIO DISTAL DE PIERNA SE OBSERVA LESION ULCERATIVA DE APROX 6X5 CM, CON PRESENCIA DE TEJIDO DE GRANULACION Y ESCASO BORDES NECROTICO, ADEMAS MATERIAL SEROPURULENTO ESCASO, HIPOESTESIA. ESCASO RUBOR Y CALOR LOCAL. SNC: SIN DEFICIT. PARACLINICOS: FEB 14 DE 2017 -LEUC: 6,400 NEUT: 45% LINF: 38% HGB: 11,9 HCTO: 36% PLAQ: 259,000. RX DE MANO IZQ: FRACTURA EN PROCESO DE CONSOLIDACION A NIVEL DE 4 METACARPIANO. RX DE PIERNA DER: SIN ALTERACIONES. FEB 15 DE 2017 - PCR: MENOR A 6. PLAN: PACIENTE CON IDX DE HERIDA SOBREINFECTADA, NECROSIS DE ZONA DE INJERTO, AL EXAMEN FISICO CON HIPOESTESIS, HERIDA CON CAMBIOS INFLAMATORIOS Y BORDES NECROTICOS, CONSIDERO PACIENTE DEBE SER VALORADA Y MANEJADA EN NIVEL DE MAYOR COMPLEJIDAD POR CIRUGIA PLASTICA U ORTOPEDIA SEGÚN SEA EL CASO, DETERMINAR NECESIDAD DE NUEVO INJERTO. PACIENTE QUIEN FUE INTERVENIDA INICIALMENTE EN CLINICA VALLESALUD.



DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er Apellido: _____ 2do. Apellido: _____
 1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____

Tipo de Documento: CEDULA DE CIUDADANIA No. Documento: 1151934559
 Dirección Residencia: CALLE 70 # 1-36
 Departamento: VALLE Cod: 76
 Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI) Cod: 001 Telefono: 3231979

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de Referencia Remision: Orden deservicio: Hora: _____
 Fecha de Remision: _____
 Prestador que remite _____
 Codigo de Inscripción: _____ Cargo: _____
 Profesional que remite _____
 Fecha de Aceptacion: _____ Hora: _____
 Prestador que Recibe: _____
 Codigo de Inscripción: _____ Cargo: _____
 Profesional que Recibe: _____

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar unicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primere IPS (Transporte Primario)

Datos del Vehículo Placa: _____ Hasta: _____

Transporto la victima desde: AVENIDA 6 OESTE CON CALLE 30

Tipo de Transporte Ambulancia Basica Ambulancia Medicalizada Zona: Urbana

Lugar donde recoge la victima AVENIDA 6 OESTE CON CALLE 30

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

Fecha de Ingreso: 28/12/2016 Hora: 09:06 Fecha de Egreso: 30/12/2016 Hora: 10:12

Codigo Diagnostico principal de Ingresos: V899
 Otro Diagnóstico de Ingresos: S801
 Otro Diagnóstico de Ingresos: S818
 Codigo Diagnóstico principal de Egreso: V899
 Otro Diagnóstico de Egreso: S801
 Otro Diagnóstico de Egreso: S818

PERSONA LESIONADA EN ACCIDENTE DE VEHICULO NO ESPECIFICA
CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PI
HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA
PERSONA LESIONADA EN ACCIDENTE DE VEHICULO NO ESPECIFICA
CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PI
HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA

Profesional Tratante

1er Apellido: ARAGON 2do Apellido: _____
 1er Nombre: ARTURO 2do Nombre: JOSE
 Tipo de Documento: CC No. Documento: 10188285
 No. Registro Médico: 10188285

X. AMPAROS QUE RECLAMA

Gastos Médico Quirurgicos	Valor Total Facturado	Valor Reclamado al FOSYGA
Gastos de Transporte y Movilización de la Víctima	\$ 5,080,242.00	\$ 0.00
	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 tecnico numero 2.

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección de Administración de Fondo de Protección Social o quien haga sus veces, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la Republica de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

PATRICIA JARAMILLO RESTREPO
 Nombre

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO



85

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS

Fecha Radicación:
No. Radicado Anterior (Respuesta
a glosa, marcar x en RG:

RG ☐

No. Radicado:
No. Factura / Cuenta de Cobro:

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUDRazón Social: Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S

Código Habilitación: 760010961401

NIT: 900631361 6**II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO**

1er Apellido: DIAZ

1er. Nombre: DANILSA

Tipo de Documento: CC

Fecha Nacimiento: 27/06/1982

Dirección Residencia: AVENIDA 8 # 29-59

Departamento: VALLE

Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI)

Condición del Accidentado: Conductor

Peatón

2do. Apellido: LICONA

2do. Nombre: MARIA

No. Documento: 39318298

Sexo: F

Cod: 76

Teléfono: 3215708923

Cod: 001

Ocupante X

Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO**Naturaleza del Evento:**Accidente de Tránsito: X**Naturales:**

Sismo

Maremoto

Erupciones Volcánicas

Huracán

Inundaciones

Avalancha

Deslizamiento de Tierra

Incendio Natural

Rayo

Vendaval

Tornado

Terroristas:

Explosión

Masacre

Mina Antipersonal

Combate

Incendio

Ataques a Municipios

Otros

Cúal?

Dirección de la Ocurrencia: AVENIDA 6 OESTE CON CALLE 30Fecha Evento / Accidente: 28/12/2016Hora: 08:02Departamento: VALLECod: 76Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI)Cod: 001Zona: Urbana

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito

Enuncie las Principales Características del Evento / Accidente: PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE JEEP RESULTA LESIONADA CUANDO COLISIONAN CON UN BUS INTERMUNICIPAL, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.**IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO**

Estado de Aseguramiento:

Asegurado X

No Asegurado

Vehículo Fantasma

Poliza Falsa

Vehículo en Fuga

Marca: FORDPlaca: VJC146

Tipo de Servicio:

Particular

Público X

Oficial

Vehículo de Emergencia

Vehículo de servicio diplomático o consular

Vehículo de Transporte Masivo

Vehículo Escolar

Código de la Aseguradora: AT1317No. de la Poliza: 1317 15771430 3Cobro Excedente Póliza: NOIntervención de la autoridad: NOVigencia Desde: 03/05/2016Hasta: 02/05/2017**V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO**

1er Apellido o Razón Social:

1er. Nombre:

2do. Apellido:

2do. Nombre:

No. Documento: 16545535

Tipo de Documento: CCDirección Residencia: CALLE 70 # 1-36Departamento: VALLEMunicipio: CALI (SANTIAGO DE CALI)Cod: 76Teléfono: 3231979Cod: 001

Epicrisis

No. Caso: 70860

Epicrisis Paciente: CC 39318298 DANILSA MARIA DIAZ LICONA

Y PASIVA, NO DEFICIT NEUROVASCULAR
 PIE DERECHO: EDEMA, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD DISMINUIDOS POR DOLOR, DOLOR LA MOVILIZACION ACTIVA Y PASIVA, NO DEFICIT NEUROVASCULAR
 MUSLO DERECHO: EDEMA, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD DISMINUIDOS POR DOLOR, DOLOR LA MOVILIZACION ACTIVA Y PASIVA, NO DEFICIT NEUROVASCULAR
 RODILLA DERECHA: EDEMA, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD DISMINUIDOS POR DOLOR, DOLOR LA MOVILIZACION ACTIVA Y PASIVA, NO DEFICIT NEUROVASCULAR
 PIERNA DERECHA: EDEMA, DOLOR A LA PALPACION, ARCOS DE MOVILIDAD DISMINUIDOS POR DOLOR, DOLOR LA MOVILIZACION ACTIVA Y PASIVA, NO DEFICIT NEUROVASCULAR, HERIDA MAGNA DE BORDES IRREGULARES DESVITALIZADOS CON EXPOSICION DE TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SANGRADO MODERADO, SUCIA ALTAMENTE CONTAMINADA CON PRESENCIA DE MATERIAL MINERAL.
 S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

Diagnóstico de Ingreso

V899 PERSONA LESIONADA EN ACCIDENTE DE VEHICULO NO ESPECIFICADO
 S801 CONTUSION DE OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LA PIERNA
 S818 HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA PIERNA
 S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

1. TRAUMA DE HUMERO IZQUIERDO
 2. TRAUMA DE MANO IZQUIERDA
 3. TRAUMA DE PIE DERECHO
 4. TRAUMA DE FEMUR DERECHO
 5. TRAUMA DE RODILLA DERECHA
 6. TRAUMA DE PIERNA DERECHA MAS HERIDA MAGNA

Conducta

28/12/16 RADIOGRAFIA DE HUMERO IZQUIERDO
 28/12/16 RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO IZQUIERDA + PROYECCION OBLICUA
 28/12/16 RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL DERECHO + PROYECCION OBLICUA
 28/12/16 RADIOGRAFIA DE FEMUR AP Y LATERAL DERECHO
 28/12/16 RADIOGRAFIA DE RODILLA AP, LATERAL DERECHA
 28/12/16 RADIOGRAFIA DE PIERNA AP Y LATERAL DERECHA
 28/12/16 Dipirona Amp 2 gr INTRAVENOSA AHORA 2
 28/12/16 TRAMADOL CLORHIDRATO AMPOLLAS 50 MG / 1 ML CAJA POR 10 AMPOLLAS 50 mg SUBCUTANEA AHORA 1
 28/12/16 DICLOFENACO SODICO 75MG 75 mg INTRAMUSCULAR AHORA 1
 28/12/16 CLORURO DE SODIO- SOLUCION SALINA 0.9% BOLSA X 100ML 100 cc INTRAVENOSA AHORA 1
 28/12/16 Toxoide tetánico Amp 0.5 ml INTRAMUSCULAR AHORA 1
 28/12/16 Dipirona Amp 2 gr INTRAVENOSA AHORA 2
 28/12/16 FENTANILO CITRATO EQUIVALENTE A FENTANILO BASE 0.5MG 0.05 mg INTRAVENOSA AHORA 1
 28/12/16 LIDOCAINA 2% CON EPINEFRINA 50ML AMP (ROXICAINA 2% EPINEFRINA FRASCO X 50ML) 50 ml SUBCUTANEA AHORA 1
 28/12/16 MIDAZOLAM CLORHIDRATO 5,560 EQUIVALENTE A MIDAZOLAM 5MG 5 ml INTRAVENOSA AHORA 1
 28/12/16 PROPOFOL 10 MG/20ML AMP (NIRFOL 1% CAJA X 5 VIALES X 20ML) 10 mg INTRAVENOSA AHORA 1
 28/12/16 FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN MANO IZQUIERDA
 28/12/16 RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO MANO IZQUIERDA AP Y LATERAL
 28/12/16 CLORURO DE SODIO -SOLUCION SALINA 0.9% BOLSA X 500 CC 500 cc INTRAVENOSA Cada 12 Horas por 1 Dia(s) 2
 28/12/16 Ranitidina (clorhidrato) Amp 50 mg INTRAVENOSA Cada 12 Horas por 1 Dia(s) 2
 28/12/16 Dipirona Amp 2 gr INTRAVENOSA Cada 8 Horas por 1 Dia(s) 6
 28/12/16 TRAMADOL CLORHIDRATO AMPOLLAS 50 MG / 1 ML CAJA POR 10 AMPOLLAS 50 mg SUBCUTANEA Cada 12 Horas por 1 Dia(s) 2
 28/12/16 CLINDAMICINA INYECTABLE 600 MG/ 4 ML CAJA X 10 AMPOLLAS 600 mg INTRAVENOSA Cada 6 Horas por 1 Dia(s) 4
 29/12/16 CLORURO DE SODIO -SOLUCION SALINA 0.9% BOLSA X 500 CC 500 cc INTRAVENOSA Cada 12 Horas por 1 Dia(s) 2
 29/12/16 Ranitidina (clorhidrato) Amp 50 mg INTRAVENOSA Cada 12 Horas por 1 Dia(s) 2
 29/12/16 Dipirona Amp 2 gr INTRAVENOSA Cada 8 Horas por 1 Dia(s) 6
 29/12/16 TRAMADOL CLORHIDRATO AMPOLLAS 50 MG / 1 ML CAJA POR 10 AMPOLLAS 50 mg SUBCUTANEA Cada 12 Horas por 1 Dia(s) 2
 29/12/16 CLINDAMICINA INYECTABLE 600 MG/ 4 ML CAJA X 10 AMPOLLAS 600 mg INTRAVENOSA Cada 6 Horas por 1 Dia(s) 4
 29/12/16 METOCLOPRAMIDA 10 MG CAJA X 10 AMPOLLAS X 2ML 10 mg INTRAVENOSA AHORA 1
 29/12/16 CLORURO DE SODIO- SOLUCION SALINA 0.9% BOLSA X 100ML 100 cc INTRAVENOSA AHORA 1
 29/12/16 METOCLOPRAMIDA 10 MG CAJA X 10 AMPOLLAS X 2ML 10 mg INTRAVENOSA AHORA 1
 29/12/16 Cefazolina Fco - Vial 2 gr INTRAVENOSA Cada 8 Horas por 1 Dia(s) 6
 30/12/16 CLORURO DE SODIO- SOLUCION SALINA 0.9% BOLSA X 100ML 100 cc INTRAVENOSA AHORA 1
 30/12/16 Cefazolina Fco - Vial 2 gr INTRAVENOSA Cada 8 Horas por 1 Dia(s) 6
 30/12/16 Ranitidina (clorhidrato) Amp 50 mg INTRAVENOSA Cada 12 Horas por 1 Dia(s) 2
 30/12/16 Dipirona Amp 2 gr INTRAVENOSA Cada 8 Horas por 1 Dia(s) 6



Santiago de Cali 06 de Febrero de 2017

CERTIFICADO DE AGOTAMIENTO

Certificamos que el(a) señor(a) **DANILSA MARIA DIAZ LICONA** identificado(a) con c.c. # 39318298, fue atendido(a) en nuestra institución por accidente de tránsito ocurrido el día 28 de diciembre de 2016, agoto los recursos del soat.

A continuación se relaciona los valores utilizados correspondientes a los servicios médicos prestados.

MUNDIAL DE SEGUROS SA	\$ 0,00
CLÍNICA VALLESALUD	\$ 18,384,800.00
EMSSANAR	\$ 894,565,00

Johanna Delgado
Coordinadora SIAU

CENTRO MEDICO Y REHABILITACION
VALLESALUD S.A.S.
NIT: 900.257.333-6
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO

06 FEB 2017

Firma: _____ SIAU

Centro Medico vallesalud--nit 900.257.333-6 Calle 9 # 39-40 B/ los cambulos
Telefonos: 401 48 39—380 91 16—380 99 27
WWW.VALLESALUDIPS.COM

Cali, 28 de Septiembre del 2017

NOMBRE: DANILSA MARIA DIAZ LICONA

EDAD: 35 Años 3 Meses 1 Día

E.M.G. # 78425

IDENTIFICACION: CC 39318298

ENTIDAD: ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD -
EMSSANAR ESS-SUBSIDIADO

TELEFONO PACIENTE: 3215706293

NOMBRE ACOMPAÑANTE:

TELEFONO ACOMPAÑANTE:

DESCRIPCION:

Se hizo un estudio electromiográfico de los músculos tibial anterior, peroneos laterales, gastrocnemios, sóleo, extensor largo del hallux, extensor corto de los dedos y abductor del hallux del miembro inferior derecho. Se usaron electrodos monopolares desechables de aguja intramuscular y electrodos de superficie.

RESULTADOS:

La actividad de inserción es normal en duración. Durante la contracción leve los potenciales de acción son de amplitud, duración y configuración normales. Durante la contracción máxima de que fue capaz el paciente se obtiene un patrón de interferencia con borramiento de la línea de base. Durante el reposo no se obtuvo actividad de denervación.

VELOCIDADES DE CONDUCCION MOTORA:

PERONEO DERECHO:

Latencias: 9.1 y 3.1 milisegundos

Distancia: 314 milímetros

Velocidad de Conducción: 52.3 metros por segundo.

El potencial evocado tiene amplitud de 7.6 milivoltios.

TIBIAL POSTERIOR DERECHO:

Latencias: 12.2 y 4.1 milisegundos

Distancia: 387 milímetros

Velocidad de Conducción: 47.7 metros por segundo.

El potencial evocado tiene amplitud de 8.3 milivoltios.

VELOCIDADES DE CONDUCCION SENSITIVA:

NERVIO PERONEO SUPERFICIAL DERECHO:

Latencia: 3.24 milisegundos

Distancia: 153 milímetros

Velocidad de Conducción Sensitiva: 47.2 metros por segundo.

El potencial evocado tiene amplitud de 8.6 microvoltios.

INTERPRETACION:

E.M.G., velocidades de conducción motora y velocidades de conducción sensitiva dentro de límites normales. El presente estudio tiende a descartar un compromiso de nervio periférico como causa de los síntomas de la paciente.

Atte,



Dr. HENRY TELLEZ
Neurólogo Clínico
TP 4238/93
Firmado Electrónicamente

HTM/lmo.-

Resumen de la solicitud

Fecha y hora de la solicitud: 2017-04-12 10:07

Afiliado CC 39318298 DANILSA MARIA DIAZ LICONA

IPS

OSTRAUMA VALLE SAS - TEQUENDAMA - CALI (VALLE) Regional: Regional Valle - Cauca

Ámbito:

Ambulatorio

Regimen:

Subsidiado

Servicios solicitados



Lazos

Número solicitud	Número ítem	Código	Descripción	Cantidad	Número autorización	Estado
4434958	2	01930801	ELECTROMIOGRAFIA CON ELECTRODO DE FIBRA UNICA	1		Pendiente Auditoria POS
4434958	4	01890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	1		Pendiente Auditoria POS
4434958	3	01891508	NEUROCONDUCCION POR CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS NERVIOS)	1		Pendiente Auditoria POS
4434958	5	01931000	TERAPIA FISICA INTEGRAL SOD INCLUYE : ACTIVIDADES PROPIAS A EJECUTAR EN LOS COMPONENTES SENSORIOMOTORES - COGNOCITIVOS - SOCIOAFECTIVOS Y ESPIRITUALES DEL DESEMPEÑO - EJERCICIOS TERAPEUTICOS - ESTIMULACION TEMPRANA MECANOTERAPIA - MEDIOS FISICOS (10		Pendiente Auditoria POS
4434958	1	01850380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1		Pendiente revisión Emssanar

Este documento es informativo y no tiene validez para facturación de servicios.

OSTRAUMA VALLE S.A.S.

NIT 900.010.801 E

Cra 43 No 52 41 Cap - Valle

Tels. 354 6410 - 3343292 - Cel. 315 413 9415

97 ANTECEDENTE DE COLGAJO FASCIOCUTANEO PIERNA DERECHA 30/12/2016

ANTECEDENTE DE REDUCCION CERRADA MÁS INMOVILIZACION DE FRACTURA DE 4TO METACARPIANO MANO IZQUIERDA 28/12/2016

Descripción del Procedimiento:

PACIENTE DE CUBITO SUPINO, BAJO ANESTESIA, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS EN DEFECTO DE COBERTURA DE PIERNA DERECHA SE REALIZA LAVADO CON ABUNDANTE SOLUCION SALINA 2500CC, ISODINE ESPUMA Y AGUA OXIGENADA, SE REALIZA BARRIDO MECANICO, DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO MUERTO EN SU INTERIOR Y BORDES DE HERIDA SUPERFICIAL CON CURETAJE DE LOS TEJIDOS Y LOS BORDES DE LA LESION MAS, TECNICA MECANICA CON HOJA DE BISTURI, SE VALORA LA PROFUNDIDAD DE LA HERIDA REVISANDO EL ALCANCE DE TEJIDO MUERTO, SE RETIRA CON HOJA DE BISTURI LOS BORDES DE TEJIDO NECROTICOS EN BORDES DE HERIDAS, PARA DEJAR UN MARGEN DE TEJIDO SANO Y ASI MEJORAR LA CICATRIZACION, SE REALIZA, HEMOSTASIA POR COMPRESION Y QUIMICA CON PEROXIDO DE HIDROGENO, ACTO SEGUIDO, SE REALIZA TENORRAFIA DEL TIBIAL ANTERIOR MEDIA:ITE TECNICA DE ACORTAMIENTO EN Z; SE REALIZA TENORRAFIA CON PROLENE 4/0, POSTERIORMENTE SE REALIZA TENODESIS DEL TENDON DEL MUSCULO EXTENSOR DEL HALLUX, CON PROLENE 4/0, AL TENDON DEL MUSCULO TIBIAL ANTERIOR, VERIFICANDO POSTERIORMENTE LA TENSION DE LA TENODESIS, LA CUAL ES ADECUADA, PUES HAY POSICION NEUTRA DEL TOBILLO, LO CUAL INDICA QUE LA TENODESIS ESTA EN UN PUNTO ADECUADO DE TENSION. SE REALIZA NUEVO LAVADO CON SOLUCION SALINA 2000 CC, SE DEJAN PUTNOS DE AFRONTAMIENTO, SE REALIZA APLICACION DE PARCHES DUODERM, SE REALIZA CURACION CON APOSITOS LIMPIOS, MAS GASAS ESTERILES, SE INMOVILIZA CON FERULA GASTROPEDICA, PROCEDIMIENTOS SIN COMPLICACIONES. SE DEJA PACIENTE ESTABLE

Conducta a Seguir:

CONTINUA HOSPITALIZADA
VALROACION POR CIRUGIA PLASTICA

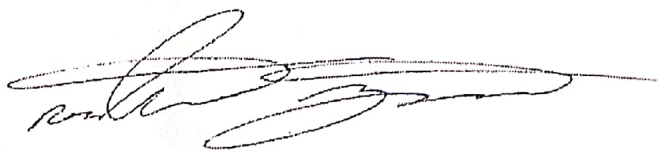
Ordenes Medicas:

CONTINUA HOSPITALIZADA
VALROACION POR CIRUGIA PLASTICA

Material de Osteosintesis:

NO

Deja Mechass, Drenas, Comprensas, Gasas, Cuantas y Explique:



ARTURO JOSE ARAGON RM No.: 10188285

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

23/01/2017 08:44

Usuario: arturo.aragon

92

93

92



Inversiones Médicas Valle Salud
S.A.S
Valle Salud NORTE

INFORME QUIRÚRGICO

CIRUGIA No.: CM - 28642

Paciente: DANILSA MARIA DIAZ LICONA

No. Caso: 71117 No Admision: 109463

Anestesiologo: YAZMIN CECILIA MALOOF PINTO

Cirujano: ALBERTO ANDRES CAMPO GUILLEN

Ayudante: REYNEL SALAZAR LOZADA

Fecha Inicio: 09/01/2017 Hora Inicio: 21:15

Fecha Final: 09/01/2017 Hora Final: 22:30

Dx PreQuirurgico:

POP LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO PROFUNDO DE PIERNA DERECHA 04/01/2017
POP DRENAJE ABSCESO PROFUNDO TERCIO PROXIMAL PIERNA DERECHA 04/01/2017
POP APLICACION DE PARCHE DUODERM PIERNA DERECHA 04/01/2017
REPORTE DE CULTIVO DE SECRECION DE PIERNA DERECHA POSITIVO PARA ESCHERICHIA COLI 02/01/2017
ANTECEDENTE DE COLGAJO FASCIOCUTANEO PIERNA DERECHA 30/12/2016
ANTECEDENTE DE REDUCCION CERRADA MÁS INMOVILIZACION DE FRACTURA DE 4TO METACARPIANO MANO IZQUIERDA 28/12/2016

Hallazgos:

A NIVEL DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO EN PIERNA PRESENCIA DE PARCHE DUODERM, SE RETIRA SE EVIDENCIA DEFECTO DE COBERTURA CON SIGNOS DE SOBREINFECCION, BORDES DESVITALIZADOS NECROTICOS, SECRESION SEROPURULENTE MODERADA, ERITEMA PERILESIONAL CALOR LOCAL, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES MOVILIDAD DE FALANGES CONSERVADA

Procedimientos Realizados:

LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO PROFUNDO MAS APLICACION DE PARCHE DUODERM EN PIERNA DERECHA EN DEFECTO DE COBERTURA

Justificacion del Procedimiento:

- ERRADICACION DEL TEJIDO DESVITALIZADO Y LA CARGA BACTERIANA
- FACILITAR EL PROCESO DE REPITELIZACION DE TEJIDO CUTÁNEO COMPROMETIDO
- INDUCIR LA LIBERACIÓN DE FACTORES DE CRECIMIENTO Y CITOQUINAS, AUMENTANDO LA FORMACIÓN CELULAR Y DE LA EPIDERMIS.
- MEJORAR LA SALUBRIDAD DEL TEJIDO RESTANTE DEL DESBRIDAMIENTO
- ELIMINAR SUSTRATO QUE PROMUEVE EL CRECIMIENTO BACTERIANO
- PROTEGER Y FAVORECER LA INTEGRACION EL TEJIDO DE GRANULACION.

Dx PosQuirurgico:

LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO PROFUNDO MAS APLICACION DE PARCHE DUODERM EN PIERNA DERECHA EN DEFECTO DE COBERTURA 09/01/2017
POP LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO PROFUNDO DE PIERNA DERECHA 04/01/2017
POP DRENAJE ABSCESO PROFUNDO TERCIO PROXIMAL PIERNA DERECHA 04/01/2017
POP APLICACION DE PARCHE DUODERM PIERNA DERECHA 04/01/2017
REPORTE DE CULTIVO DE SECRECION DE PIERNA DERECHA POSITIVO PARA ESCHERICHIA COLI 02/01/2017
ANTECEDENTE DE COLGAJO FASCIOCUTANEO PIERNA DERECHA 30/12/2016
ANTECEDENTE DE REDUCCION CERRADA MÁS INMOVILIZACION DE FRACTURA DE 4TO METACARPIANO MANO IZQUIERDA 28/12/2016

Descripción del Procedimiento:

PACIENTE DE CUBITO SUPINO, BAJO ANESTESIA, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS EN DEFECTO DE COBERTURA DE PIERNA DERECHA SE REALIZA LAVADO CON ABUNDANTE SOLUCION SALINA 2500CC, ISODINE ESPUMA Y AGUA OXIGENADA, SE REALIZA BARRIDO MECANICO, DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO MUERTO EN SU INTERIOR Y BORDES DE HERIDA SUPERFICIAL CON CURETAJE DE LOS TEJIDOS Y LOS BORDES DE LA LESION MAS,

ALBERTO ANDRES CAMPO GUILLEN RM No.: 52533504

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

23/01/2017 08:44

Usuario: alberto.campo

Page 1 of 2

93

PACIENTE DE CUBITO SUPINO, BAJO ANESTESIA, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS, EN HERIDA MAGNA EN TERCIO PROXIMAL DE PIERNA DERECHA, SE REALIZA LAVADO CON ABUNDANTE SOLUCION SALINA 1500CC, ISODINE ESPUMA Y AGUA OXIGENADA, SE REALIZA BARRIDO MECANICO, DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO MUERTO EN SU INTERIOR Y BORDES DE HERIDA PROFUNDA CON CURETAJE DE LOS TEJIDOS Y LOS BORDES DE LA LESION MAS, TECNICA MECANICA CON HOJA DE BISTURI, SE VALORA LA PROFUNDIDAD DE LA HERIDA REVISANDO EL ALCANCE DE TEJIDO MUERTO, SE RETIRA CON HOJA DE BISTURI LOS BORDES DE TEJIDO NECROTICOS EN BORDES DE HERIDAS, PARA DEJAR UN MARGEN DE TEJIDO SANO Y ASI MEJORAR LA CICATRIZACION, SE REALIZA, HEMOSTASIA POR COMPRESION Y QUIMICA CON PEROXIDO DE DIHIDROGENO. NUEVO LAVADO CON SUERO FISIOLÓGICO 1000CC DE SOLUCION SALINA, SE REALIZA AFRONTAMIENTO DE LA HERIDA CON PROLENE 2/0, CURACION SE CUBRE CREMA NITROFURAZONA MAS GASAS ESTERIL Y CURACION CON APOSITO PARA QUEMADOS, VIA 2 *** A NIVEL DE HERIDA MAGNA EN TERCIO DISTAL SE REALIZA LAVADO CON ABUNDANTE SOLUCION SALINA 2500CC, ISODINE ESPUMA Y AGUA OXIGENADA, SE REALIZA BARRIDO MECANICO, DESBRIDAMIENTO DE TEJIDO MUERTO EN SU INTERIOR Y BORDES DE HERIDA PROFUNDA CON CURETAJE DE TIBIA Y PERONE Y DE LOS TEJIDOS Y LOS BORDES DE LA LESION MAS, TECNICA MECANICA CON HOJA DE BISTURI, SE IDENTIFICA LESION DE MUSCULO TIBIAL ANTERIOR EN UNION MIOTENDINOSA, SE VALORA LA PROFUNDIDAD DE LA HERIDA REVISANDO EL ALCANCE DE TEJIDO MUERTO, SE RETIRA CON HOJA DE BISTURI LOS BORDES DE TEJIDO NECROTICOS EN BORDES DE HERIDAS, PARA DEJAR UN MARGEN DE TEJIDO SANO Y ASI MEJORAR LA CICATRIZACION, SE REALIZA, HEMOSTASIA POR COMPRESION Y QUIMICA CON PEROXIDO DE DIHIDROGENO. NUEVO LAVADO CON SUERO FISIOLÓGICO 2000CC DE SOLUCION SALINA, SE REALIZA AFRONTAMIENTO DE CON PROLENE 2/0 SE REALIZA CURACION SE CUBRE CREMA NITROFURAZONA MAS GASAS ESTERIL Y CURACION CON APOSITO PARA QUEMADOS, VIA 3 *** SE REALIZA MANIOBRAS DE REDUCCION CERRADA TRACCION Y CONTRATRACCION DE LA FRACTURA DE 4TO METACARPANO IZQUIERDO DESPLAZADA BAJO INTENSIFICADOR DE IMAGEN, RESTABLECIENDO EL CONOTACION ANATOMICA DE HUESO FRACTURADO, CON MEJORIA DE LA DEFORMIDAD, SE INMOVILIZA CON FERULA DE YESO, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES

Conducta a Seguir:

HOSPITALIZADA

ANALGESIA, ANTIBIOTICO

SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA

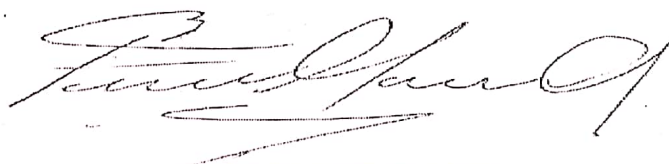
NUEVO LAVADO EN 48 HORAS POR MAGNITUD DE HERIDAS RIESGO DE INFECCION Y ALTO RIESGO DE NECROSIS DE TEJIDOS, SI TEJIDOS LO PERMITEN REALIZAR MIORRAFIA Y COLGAJO DE AVANCE DEFINITIVO DE LAS HERIDAS.

Ordenes Medicas:

HOSPITALIZADA

Material de Osteosintesis:

Deja Mechas, Drenes, Comprensas, Gasas, Cuantas y Explique:



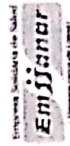
FREDDY MONCLOU GARZON RM No.: 7637452010

Especialidad: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

23/01/2017 08:45

Usuario: freddv.monclou

Page 2 of 2



Lazos

sumen de la solicitud

ha y hora de la solicitud:

2017-03-30 10:53

Afiliado CC 39318298 DANILSA MARIA DIAZ LICONA

ESE RED DE SALUD DE LADERA HOSPITAL CAÑAVERALEJO - TERRON COLORADO - CALI (VALLE) Regional: Regional Valle -

ito: Ambulatorio

Regimen: Subsidiado

icios autorizados

úmero solicitud	Número item	Código	Descripción	Cantidad	Número autorización	IPS Autorizada
4337067	1	01390280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1	12017000969141	OSTRAUMA VALLE SAS - TEQUENDAMA - CALI (VALLE) Direccion: KR 43 # 5 B - 41 BRR TEQUENDAMA Telefono: 5548410

Este documento es informativo y no tiene validez para facturación de servicios.





Empresa Solidaria de Salud EMSSANAR E.S.S. ex plasteca
Oficina de Servicio al Usuario

No. Radicado RCV : N° 94761

Fecha de Recepción: 6 4 17

Estimado Usuario(a) Daniela maria Diaz
cc 39.318218

Con este número de radicado usted puede retirar su autorización o consultar el estado de solicitud el día 19 de 04 año 2017 en esta oficina.

Gracias por su colaboración

Oficina de Servicio al Usuario

3215708923

cc

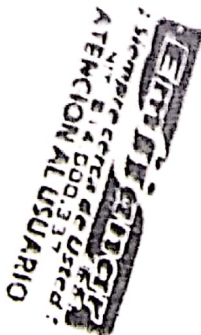


LAZOS
ADO - CALI (VALLE) Regional: Regional Valle -



Entidad	Numero autorización	IPS Autorizada
1	2017000969141	OSTRAUMA VALLE SAS - TEQUENDAMA - CALI (VALLE) Direccion: KR 43 # 5 B - 41 BRR TEQUENDAMA Telefono: 5548410

acción de servicios.





Inversiones Médicas Valle Salud
S.A.S
Valle Salud NORTE

96

INFORME QUIRÚRGICO
CIRUGIA No.: CM - 28765

Paciente: DANILSA MARIA DIAZ LICONA

No. Caso: 71117 No Admision: 110244

Anestesiologo: JAMED HAGE TAFACHE

Cirujano: DANILO CAMPO

Ayudante: MARIO CALVACHE MUÑOZ

Fecha Inicio: 16/01/2017 Hora Inicio: 17:40

Fecha Final: 16/01/2017 Hora Final: 18:47

Dx PreQuirurgico:

POP LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO MAS COLOCACION DE DUODERM CGF EN DEFECTO DE COBERTURA EN LA PIERNA DERECHA.

Hallazgos:

SE OBSERVA DEFECTO DE COBERTURA MAGNO EN LA CARA LATERAL DEL TERCIO INFERIOR DE LA PIERNA DERECHA. SE OBSERVA TEJIDO HIPERGRANULADO CON ESCASO TEJIDO FIBRINOIDE EN LA REGION INFERIOR DEL DEFECTO. NO SE OBSERVAN SIGNOS DE INFECCION. NO SE OBSERVAN SECRECIONES PATOLOGICAS.

Procedimientos Realizados:

1.1 LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO.

1.2 INJERTO DE PIEL DE ESPESURA PARCIAL.

Justificacion del Procedimiento:

DISMINUIR RIESGO DE INFECCION.

RECONSTRUCCION DEL DEFECTO MEDIANTE COBERTURA CON INJERTO DE PIEL.

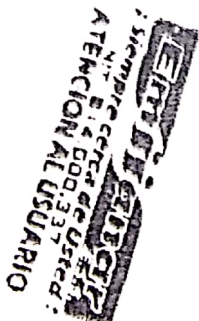
Dx PosQuirurgico:

POP LAVADO QUIRURGICO MAS DESBRIDAMIENTO MAS INJERTO DE PIEL PARCIAL EN DEFECTO DE COBERTURA EN LA PIERNA DERECHA.

Descripción del Procedimiento:

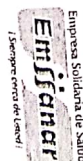
ntidad	Numero autorización	IPS Autorizada
1	12017000969141	OSTRAUMA VALLE SAS - TEQUENDAMA - CALI (VALLE) Direccion: KR 43 # 5 B - 41 BRR TEQUENDAMA Telefono: 5548410

ación de servicios.



DIAZ LICONA
ADO - CALI (VALLE) Regional: Regional Valle -

Lazos



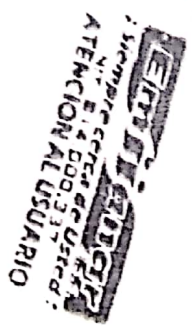


Umen de la solicitud 2017-03-30 10:53 Afiliado CC 39318298 DANILSA MARIA DIAZ LICONA
a y hora de la solicitud: ESE RED DE SALUD DE LADERA HOSPITAL CAÑAVERALEJO - TERRON COLORADO - CALI (VALLE) Regional: Regional Valle -

to: Ambulatorio Regimen: Subsidiado

Cios autorizados					
Numero ciudad	Numero item	Código	Descripción	Cantidad	Numero autorización
337067	1	01890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA	1	2017000969141

Este documento es informativo y no tiene validez para facturación de servicios.



Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit. 900631361 6
Ordenes de Medicamentos Generadas en Historias Clinicas

PACIENTE: 39318298 - DANILSA MARIA DIAZ LICONA

Caso: 70860
Consecutivo: 108446-2

No. de Caso: 70860	Nombre del Paciente DANILSA MARIA DIAZ LICONA	Edad 34 Años	Sexo FEMENINO	Identificación 39318298	Orden No. 2
Medico: FREDDY MONCLOU GARZON		Servicio: CIRUGIA		Fecha: 30/12/2016	Hora: 09:16

Codigo	Medicamento	Frecuencia	Cant
0011	Acetaminofén Tab	500 mg ORAL Cada 8 Horas por 10 Dia(s)	30
0168	Cefradina Tab	500 mg ORAL Cada 6 Horas por 7 Dia(s)	28
1829	MELOXICAM	7.5 mg ORAL Cada 8 Horas por 5 Dia(s)	15



ENTREGADO FARMACIA

Daniela Diaz
Firma del Paciente 39318298

Dr. FREDDY MONCLOU GARZON
Reg.M. 7637452010 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Telefono: 3865830 Direccion: AV 4N # 14 - 12

99

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit. 900631361 6
Ordenes Médicas Generadas en Historias Clínicas

PACIENTE: 39318298 - DANILSA MARIA DIAZ LICONA

Caso: 70860

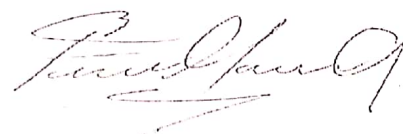
Consecutivo: 108446-3

No. de Caso: 70860	Nombre del Paciente DANILSA MARIA DIAZ LICONA	Edad 34 Años	Sexo FEMENINO	Identificación 39318298	Orden No. 3
Medico: FREDDY MONCLOU GARZON		Servicio: CIRUGIA		Fecha: 30/12/2016	Hora: 09:17

INCAPACIDAD MEDICA

15 días

Justificación :



Firma del Paciente

Dr. FREDDY MONCLOU GARZON
Reg.M. 7637452010 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Telefono: 3865830 Direccion: AV 4N # 14 - 12

100

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit. 900631361 6
Ordenes Médicas Generadas en Historias Clínicas

Caso: 70860

Consecutivo: 108446-5

PACIENTE: 39318298 - DANILSA MARIA DIAZ LICONA

No. de Caso: 70860	Nombre del Paciente DANILSA MARIA DIAZ LICONA	Edad 34 Años	Sexo FEMENINO	Identificación 39318298	Orden No. 5
Medico: FREDDY MONCLOU GARZON		Servicio: CIRUGIA		Fecha: 30/12/2016	Hora: 09:18
RETIRO DE PUNTOS			15 dias segun evolucion de los tejidos		
Justificación :					



CENTRO MÉDICO
VALLESALUD

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.
Valle Salud

PROGRAMACION DE CITAS

65526

No CASO: 70860 No Interno: Nivel: 1

PACIENTE: CC - 39318298 - DANILSA MARIA DIAZ LICONA

FECHA CITA: sábado, 14 de enero de 2017 - 08:00 am

SERVICIO: CURACIONES

MEDICO: JEFE CURACIONES Esp: ENFERMERIA EN SALUD OCUPACIONAL

CONSULTORIO: C02 - CONSULTORIO N. 02

RESPONSABLE: CONSORCIO SAYP 2016

RETIRO SUTURA.....

"Señor Usuario, recuerde que debe presentarse 30 minutos antes de la hora de la cita asignada"

Dirección: CALLE 9 #39-40 B/LOS CAMBULOS Telefono: 3809927-3809116 Ext

Firma

30/12/2016 10:14

teirson.pulgarin

65526

101

Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S
Nit. 900631361 6
Ordenes Médicas Generadas en Historias Clínicas

PACIENTE: 39318298 - DANILSA MARIA DIAZ LICONA

Caso: 70860

Consecutivo: 108446-4

No. de Caso: 70860	Nombre del Paciente DANILSA MARIA DIAZ LICONA	Edad 34 Años	Sexo FEMENINO	Identificación 39318298	Orden No. 4
Medico: FREDDY MONCLOU GARZON		Servicio: CIRUGIA		Fecha: 30/12/2016	Hora: 09:17

CONTROL AMBULATORIO POR MEDICINA GENERAL

en 1 semana

Justificación :



CENTRO MÉDICO
VALLESALUD

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.
Valle Salud

PROGRAMACION DE CITAS

No CASO: 70860 No Interno: Nivel: 1

PACIENTE: CC - 39318298 - DANILSA MARIA DIAZ LICONA

FECHA CITA: jueves, 19 de enero de 2017 - 05:30 pm

SERVICIO: CONSULTA EXTERNA

MEDICO: JONATHAN RODRIGUEZ TROYANO Esp: MEDICINA GENERAL

CONSULTORIO: C04 - CONSULTORIO N. 04

RESPONSABLE: CONSORCIO SAYP 2016

"Señor Usuario, recuerde que debe presentarse 30 minutos antes de la hora de la cita asignada"

Direccion: CALLE 9 #39-40 B/LOS CAMBULOS Telefono: 3809927-3809116 Ext

Firma

30/12/2016 10:15

jeirson.pulgarin

65528