

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.398.981**

BAEZ PACHON
APELLIDOS

EDILBERTO
NOMBRES

[Handwritten Signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO * **06-JUN-1974**

SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

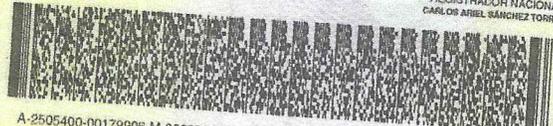
1.75
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

21-SEP-1992 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANIBAL SANCHEZ TORRES



A-2505400-00179906-M-0009398981-20090920 0016322165A 1 7600103851

Autorización de pagos



Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO

Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI NO

Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI NO

Existe algún vínculo entre Ud. y una persona consideradamente SI NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Tomador

Nombre o razón social: **Edilberto Baez Pachon** Nit./C.C.: **9398981**

Oficina principal: Dirección: **Calle 37 sur N° 9-235** Ciudad: **Sogamoso** Teléfono: **3115894825**

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido: **Baez** Segundo Apellido: **Pachon** Nombres Completos: **Edilberto**

Tipo de documento: **Cédula** N°: **9398981** Dirección: **Calle 37 sur N° 9-235**

Ciudad: **Sogamoso** Teléfono: **3115894825**

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.

Yo **Edilberto Baez Pachon** identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. **9398981** autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de **Indemnización**, en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a **Edilberto Baez Pachon** identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. **9398981** con nacionalidad 1 **Colombiana** nacionalidad 2 **Colombiana** para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

NOTAS: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.
Para personas jurídicas diligenciar el número de cuenta de la empresa, si la cuenta es del representante legal por favor confirmar para girarle a el.

Código Entidad Financiera (según relación): **051** Número de Cuenta (validar según relación): **177670007505**

Tipo de Cuenta: Corriente Ahorros

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veinte tres (23) oficinas de la red nacional.

PARA LA AUTORIZACIÓN DE PAGOS ALTERNATIVOS POR CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN, SE DEBE ANEXAR PODER EN ORIGINAL, AUTENTICADO EN NOTARIA Y FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE PAGO DILIGENCIADO POR EL BENEFICIARIO FINAL.

PARA EL PROCESO DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS, SOLO SE GIRARÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA Y SE REALIZARÁ DE ACUERDO AL MEDIO DE PAGO CON EL CUAL SE RECAUDO LA PRIMA.

Bancolombia: Efectivo Tarjeta Allianz:

NOTA: PARA EL PAGO EN CHEQUE RECUERDE QUE TIENE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS PARA RECLAMARLO. SI USTED ES UNA PERSONA NATURAL RECUERDE QUE EL MONTO MÁXIMO A PAGAR EN EFECTIVO ES DE DIEZ MILLONES DE PESOS (\$10.000.000), SI SUPERA ESTE VALOR LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE. SI USTED ES UNA PERSONA JURÍDICA RECUERDE QUE LA TOTALIDAD DEL PAGO SE HARÁ A TRAVÉS DE CHEQUE.

Declaraciones y Autorizaciones

1. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA, y sus filiales; Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29-24 piso 16 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065903 y a nivel nacional: 018000514405-Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co.

2. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

3. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

Con el diligenciamiento de este formato y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y decretos reglamentarios, usted, como titular de los datos personales autoriza a Allianz Seguros S.A y Allianz Seguros de Vida S.A, identificados con NIT 860.026.182-5 y 860.027.404-1, respectivamente, como responsables del tratamiento a almacenar y utilizar sus datos de identificación, contacto, ubicación y de contenido socioeconómico, para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales en cabeza de la Compañía, específicamente en lo que corresponde al pago de obligaciones dinerarias a las que usted como titular de los datos sea acreedor, ya sea a nombre propio o en representación de una persona natural o jurídica.

Como titular de los datos personales, le asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012, en especial, acceder a los datos proporcionados en forma gratuita en los términos de la ley, solicitar prueba de la autorización otorgada, y conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de sus datos, siempre que no exista un deber legal o contractual que impida eliminarlos. Usted podrá ejercitar los derechos descritos presentando una consulta o reclamo a través de los siguientes canales de atención: i) Línea call center- Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000513500 - Opción 6); ii) Dirección física: Carrera 13 A No. 29-24, Dirección de Servicio al cliente y iii) Correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO

Nombre: **Edilberto Baez Pachon**

C.C. No. **9398981**

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA		ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO			CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos	Scotiabank Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos	Banco de Occidente	023	9 dígitos	9 dígitos
Banco Itau	006	9 dígitos	9 dígitos	Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos	Davivienda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos	AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos	Banco Pichincha	060	9 dígitos	9 dígitos
HSBC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos	Coomvea	061	12 dígitos	12 dígitos
Banco CNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos	Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Banco Canadense BBVA	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos	Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos				

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros de Vida S.A. NIT. 860.027.404-1 Allianz Seguros S.A. NIT. 860.026.182-5 DE CO.0818A

VERSIÓN 17/219-1

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: EDILBERTO BAEZ PACHON

IDENTIFICACIÓN: CC 9398981

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/08/2020) Enfermedad de Parkinson (G20X); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

Impreso por: Ipsolano

15/04/21

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: EDILBERTO BAEZ PACHON

IDENTIFICACIÓN: CC 9398981

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(11/08/2020,16:58:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ??: No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para li
17. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis : No.
18. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus? : No.
19. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ? : No.
20. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante
21. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicerido:
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en lo : No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático? : No.
27. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina? : No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad hu

ATENCIÓNES DEL PACIENTE

Impreso por: Ipsolano

15/04/20

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: EDILBERTO BAEZ PACHON|

IDENTIFICACIÓN: CC 9398981

01/03/2021 10:53:32. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO EGEIRO SAS, SOGAMOSO
Datos del profesional de la salud: Raul Fernando Caceres Carrero. Reg. Médico. 7'

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 50318087. No. de afiliación E.P.S SANITAS
Edad del paciente: 46 años. Grupo poblacional: No definido. Estado Civil: Casado (a). O
casa. Responsable: EDILBERTO BAEZ PACHON| - Paciente Telefono: 3115894825.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la con
emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, EDILBERTO BAEZ PACHON|.

Motivo de consulta: "Por la incapacidad".

Enfermedad Actual: paciente en compañía de su esposa quien refiere antecedente de enferm
neurología con el doctor Orlando rincón neurologo. refiere rigidez temblor distal y transtorno c
laboral y puntuacion de discapacidad par aevlaur posible pension por enfermedad. se encuentra inca
manejando todo por medicina prepagada pero que hasta hace 2 meses y medio esta n hacienc
su estado de animo.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Organos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: Sin síntomas.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Faneras: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: Sin síntomas.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Se decide dar incapacidad medica por 28 dias a partir de la fecha

Se realizan actividades de Promoción y Prevención adecuadas para la edad

Se dan recomendaciones dietarias y también de hábitos saludables

Se dan signos y síntomas de alarma de ante los cuales debe consultar por urgencias

Se dan recomendaciones para prevención de Covid-19

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Otros controles generales de salud de rutina de otras subpoblaciones definidas

Externa: Enfermedad general.

Diagnóstico Asociado 1: Enfermedad de Parkinson (G20X), Confirmado repetido.

PLAN DE MANEJO - INCAPACIDAD MÉDICA

Se expide incapacidad Enfermedad general durante 28 día(s) desde 01/03/2021 hasta 28/03/2021. (C

Impreso por: Ipsolano

15/04/20

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: EDILBERTO BAEZ PACHON| IDENTIFICACIÓN: CC 9398981

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/08/2020) Enfermedad de Parkinson (G20X); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

Impreso por: Ipsolano

15/04/20

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: EDILBERTO BAEZ PACHON|

IDENTIFICACIÓN: CC 9398981

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(11/08/2020,16:58:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para li
17. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis : No.
18. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus? : No.
19. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ? : No.
20. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante
21. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicérido:
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en lo : No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático? : No.
27. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina? : No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad hu

ATENCIONES DEL PACIENTE

Impreso por: Ipsolano

15/04/20

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: EDILBERTO BAEZ PACHON| IDENTIFICACIÓN: CC 9398981

18/01/2021 16:43:48. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO EGEIRO SAS, SOGAMOSO
Datos del profesional de la salud: JUAN CARLOS SEPULVEDA ROMERO. Reg. Mé

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 48543745. No. de afiliación E.P.S SANITAS
Edad del paciente: 46 años. Grupo poblacional: No definido. Estado Civil: Casado (a). O
casa. Responsable: EDILBERTO BAEZ PACHON| - Paciente Telefono: 3115894825.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la con
emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, EDILBERTO BAEZ PACHON|.

Motivo de consulta: Cita de telemedicina por video llamada por: para la incapacidad y la rotigotina.
Enfermedad Actual: paciente en compañía de su esposa quien refiere antecedente de enferm
neurología en la ciudad de tunja con el doctor gustavo castro neurologo. refiere rigidez, ten
pendiente cita por medicina laboral.
se encuentra incapacitado desde enero de 2020. refiere venian manejando todo por medicina pr
esta n haciendo los tramites por la eps. esposa refiere mejoría de su estado de animo. asiste por
el proximo 29/1/2021 con neurologia; concomitante refiere se le termino la medicacion de rotigotina
parches mientras tiene control con neurologo

antecedentes: enfermedad de parkinson; ca piel en cara correccion quirurgica en abril 2020; q
carvidopa entacapone 100/25/200 parches rotigotina. 8 mg 1 cada dia.
es ingeniero de minas; trabaja en la empresa byd soluciones mineras.

Se indaga sobre sintomatología relacionada con covid 19 para lo cual refiere:

Fiebre mayor o igual a 38: no

Dolor de garganta: no

Fatiga: no

Tos: no

Dificultad respiratoria: no

Adinamia: no

Diarrea: no

Anosmia: no

Ageusia: no

El paciente niega antecedentes de: (diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal, cáncer,
corticoides o inmunosupresores, epoc o asma, obesidad o desnutrición)

Refiere que en los últimos 14 días no ha tenido contacto con pacientes con covid-19 positivo o sospechoso

Refiere que no es trabajador de la salud u otro personal que labore en un entorno que atienda a paciente

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

enfermedad de parkinson severa.

se da incapacidad medica por 11 dias

tiene control por neurologia para definir caso.

tiene pendiente valoración por medicina laboral

se reformula parches indicados por neurologia y se diligencia mipres.

Impreso por: Ipsolano

15/04/20

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: EDILBERTO BAEZ PACHON | IDENTIFICACIÓN: CC 9398981

Se dan recomendaciones generales y signos de alarma para asistir por urgencia o solicitar una consulta respiratoria fiebre tos
Se explica al paciente quien refiere aceptar y entender
Se explican recomendaciones de prevención de covid 19 y se envían por correo. Se indican número de presentar sintomatología relacionada con covid 19.

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Otros controles generales de salud de rutina de otras subpoblaciones definidas general.
Diagnóstico Asociado 1: Enfermedad de Parkinson (G20X), Confirmado repetido.

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Rotigotina parche transderm 8mg : Aplicar (vía transdérmica) 1 parche cada 1 día(s) por 14 día(s).
Recomendaciones: 1 cada día por 14 días .

PLAN DE MANEJO - INCAPACIDAD MÉDICA

Se expide incapacidad Enfermedad general durante 11 día(s) desde 18/01/2021 hasta 28/01/2021. (C

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: Recomendaciones para la población en general, PARA LA RESPIRATORIAS, ESPECIALMENTE COVID 19

- La medida preventiva más importante es el lavado de manos frecuentemente con agua y jabón, emplear solución con alcohol de un porcentaje no menor al 70%. Lave sus manos: antes y después usar el baño y siempre que se advierta suciedad en las manos.

- Al toser y estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o pañuelo; deseche el pañuelo

- Evitar el contacto cercano con cualquier persona que tenga síntomas respiratorios (fiebre, tos, dificultad para respirar). Evite el contacto cercano con cualquier persona que tenga síntomas respiratorios (fiebre, tos, dificultad para respirar). Lave sus manos con frecuencia, después de cualquier tipo de contacto con la persona enferma o con un objeto que cubra la boca y la nariz. La mascarilla no debe tocarse ni manipularse durante su uso.

- Si debe salir de su casa por asuntos urgentes utilice un tapabocas convencional bien ajustado que no se manipule durante su uso. Si se moja o se mancha con secreciones, deberá sustituirse inmediatamente. Si utiliza la mascarilla utilice una técnica adecuada que evite tocar su parte frontal. Inmediatamente después de usarla, lave sus manos. La utilización de guantes no es recomendable, ya que con ellos se evitan las manos, adicionalmente son un foco de contaminación y pueden actuar como reservorio de bacterias.

- El aislamiento es primordial porque facilita la interrupción del virus, evite salir de su casa a menos que sea necesario. Si necesita atención médica consulte los canales no presenciales (seguimiento telefónico, telemedicina) que se ofertan en su casa.

- Si presenta síntomas respiratorios como: temperatura corporal mayor o igual a 38°C, tos, dificultad para respirar, dolor de garganta, fatiga, cansancio o malestar general por favor comuníquese al número de atención al paciente 3162378614. Por favor no asista a centros médicos, clínica u hospitales, ya que puede propagar el virus.

¡Recuerde que prevenir el contagio es responsabilidad de TODOS!

Impreso por: Ipsolano 15/04/2021

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: EDILBERTO BAEZ PACHON| IDENTIFICACIÓN: CC 9398981

DIAS DE INCAPACIDAD: 11 día(s)

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Centro Medico Egeiro SAS

Impreso por: Ipsolano 15/04/20

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: EDILBERTO BAEZ PACHON|

IDENTIFICACIÓN: CC 9398981

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/08/2020) Enfermedad de Parkinson (G20X); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

Impreso por: Ipsolano

15/04/20

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: EDILBERTO BAEZ PACHON|

IDENTIFICACIÓN: CC 9398981

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(11/08/2020, 16:58:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutáneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médico?
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para li
17. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis : No.
18. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus? : No.
19. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial ? : No.
20. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante
21. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicérido:
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en lo : No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene hemorragias espontáneas o desproporcionadas con un evento traumático? : No.
27. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina? : No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad hu

ATENCIÓNES DEL PACIENTE

Impreso por: Ipsolano

15/04/20

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: EDILBERTO BAEZ PACHON| IDENTIFICACIÓN: CC 9398981

09/01/2021 09:01:17. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO EGEIRO SAS, SOGAMOSO
Datos del profesional de la salud: Rocio del Pilar Galarza Rojas. Reg. Médico. 4004

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 48241403. No. de afiliación E.P.S SANITAS
Edad del paciente: 46 años. Grupo poblacional: No definido. Estado Civil: Casado (a). O
casa. Responsable: EDILBERTO BAEZ PACHON| - Paciente Telefono: 3115894825.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la con
emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, EDILBERTO BAEZ PACHON|.
Motivo de consulta: consulta por telemedicina

para la incapacidad.

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 46 AÑOS CON ANTECEDENTE DE PARKINSON AGUDIZADO
ENCUENTRA EN SEGUIMIENTO POR NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. REFIERE LA ESPOSA QUE
CONDICIONES GENERALES, TEMBLOR DE REPOSO CONSTANTE, RIGIDEZ Y DEPRESIÓN QUI
ACTIVIDADES COTIDIANAS (COMER, VESTIRSE, BAÑARSE).
NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL MOMENTO .

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE DE 46 AÑOS CON ANTECEDENTE DE PARKINSON AGUDIZADO DESDE HACE UN A
SEGUIMIENTO POR NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. REFIERE LA ESPOSA QUE EL PACIENTE SI
GENERALES, TEMBLOR DE REPOSO CONSTANTE, RIGIDEZ Y DEPRESIÓN QUE LE IMPIDEN R
COTIDIANAS (COMER, VESTIRSE, BAÑARSE).
NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS EN EL MOMENTO
NO SE REALIZA EXAMEN FÍSICO DADO QUE ES ATENCIÓN MEDIANTE TELECONSULTA. . TIEI
FINAL PERO TODAVIA NO TIENE LA CITA Y REFIERE QUE TIENE PENDIENTE VALROACIOI
POR DR RINCON NEUROLOGO POR DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE PARRKINSON
SE SOLICITA VALORACION POR MEDICINA LABORAL
DIRECCION CALLE 37 SUR NO 9-235 TELEFONO 3115894825
ESPOSA DEL PACIENTE ENVIA DOCUMENTO EN DONDE SE EVIDENCIA QUE YA FUE VALO
PENDIENTE ES EL CONCEPTO DE COLPENSIONES
POR LO CUAL SE DA INCAPACIDAD POR 10 DIAS MIENTRAS SABE LA FECHA DE LA CI
SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA, PACIENTE Y ESPOSA REF

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Otros controles generales de salud de rutina de otras subpoblaciones definidas
general.

Diagnóstico Asociado 1: Enfermedad de Parkinson (G20X), Confirmado repetido.

PLAN DE MANEJO - INCAPACIDAD MÉDICA

Se expide incapacidad Enfermedad general durante 10 día(s) desde 09/01/2021 hasta 18/01/2021. (C

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: Recomendaciones para la población en general, PARA LA
RESPIRATORIAS, ESPECIALMENTE COVID 19

Impreso por: Ipsolano

15/04/20

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: EDILBERTO BAEZ PACHON|

IDENTIFICACIÓN: CC 9398981

- La medida preventiva más importante es el lavado de manos frecuentemente con agua y jabón, emplear solución con alcohol de un porcentaje no menor al 70%. Lave sus manos: antes y después usar el baño y siempre que se advierta suciedad en las manos.
 - Al toser y estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o pañuelo; deseche el pañuelo.
 - Evitar el contacto cercano con cualquier persona que tenga síntomas respiratorios (fiebre, tos, dificultad para respirar). Lave sus manos con frecuencia, después de cualquier tipo de contacto con la persona enferma o ajustado que cubra la boca y la nariz. La mascarilla no debe tocarse ni manipularse durante su uso.
 - Si debe salir de su casa por asuntos urgentes utilice un tapabocas convencional bien ajustado que no se manipule durante su uso. Si se moja o se mancha con secreciones, deberá sustituirse inmediatamente. Cuando use la mascarilla utilice una técnica adecuada que evite tocar su parte frontal. Inmediatamente después de usarla lave sus manos con agua y jabón. La utilización de guantes no es recomendable, ya que con ello se evitan las manos, adicionalmente son un foco de contaminación y pueden actuar como reservorio de bacterias.
 - El aislamiento es primordial porque facilita la interrupción del virus, evite salir de su casa a menos que sea necesario. Si necesita atención médica consulte los canales no presenciales (seguimiento telefónico, telemedicina) que se ofertan en su casa.
 - Si presenta síntomas respiratorios como: temperatura corporal mayor o igual a 38°C, tos, dificultad para respirar, dolor de garganta, fatiga, cansancio o malestar general por favor comuníquese al número de atención al paciente al 3162378614. Por favor no asista a centros médicos, clínica u hospitales, ya que puede propagar el virus.
- ¡Recuerde que prevenir el contagio es responsabilidad de TODOS!

DIAS DE INCAPACIDAD: 10 día(s)

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Centro Medico Egeiro SAS

Impreso por: Ipsolano

15/04/2020

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: EDILBERTO BAEZ PACHON|
ESCOLARIDAD: Ninguno

IDENTIFICACIÓN: CC 9398981

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(11/08/2020) Enfermedad de Parkinson (G20X); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES HOSPITALARIOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

Impreso por: Ipsolano

15/04/20

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: EDILBERTO BAEZ PACHON|
ESCOLARIDAD: Ninguno

IDENTIFICACIÓN: CC 9398981

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(01/03/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.
(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

(09/01/2021) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- PRINCIPALES ANTECEDENTES DE RIESGO

(11/08/2020,16:58:52)

1. Ha presentado tos con expectoración durante 15 días o más?: No.
2. Ha presentado lesiones cutaneas de larga duración y que no hayan respondido al tratamiento médic
3. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Diabetes?: No.
4. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Hipertensión Arterial?: No.
5. ¿Toma regularmente medicamentos para la Hipertensión Arterial?: No.
6. ¿Algún médico le ha dicho que tiene Enfermedad Renal Crónica?: No.
7. Se ha vacunado contra Influenza en el último año?: No.
8. Se ha vacunado contra Neumococo?: No.
9. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años?: No.
10. Cocina o cocinó con leña en recinto cerrado durante 10 años o más ? : No.
11. Fuma o ha fumado alguna vez?: No.
12. Usted es o ha sido fumador pasivo?: No.
13. Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?: No.
14. Ha tenido alguna vez la impresión de que debería beber menos?: No.
15. Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?: No.
16. Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para li
17. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Infarto Cardíaco y/o accidente cerebro vascular (trombosis : No.
18. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Diabetes Mellitus? : No.
19. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido Hipertensión Arterial? : No.
20. ¿Cualquiera de sus padres ha tenido tratamiento con diálisis peritoneal, hemodialisis o trasplante
21. Su padre, madre, hermano(a), hijo(a) tiene o ha tenido Dislipidemia (LDL =160 mg/dL o triglicerido:
22. ¿Algún médico le ha dicho que tiene EPOC?: No.
23. ¿Algún médico le ha dicho que tiene ASMA?: No.
24. ¿Tiene o ha tenido ruidos en el pecho audibles a distancia, sin periodos de mejoría completa en lo : No.
25. Ha recibido anticoagulantes por más de 3 meses?: No.
26. ¿Tiene hemorragias espontaneas o desproporcionadas con un evento traumático? : No.
27. ¿Presenta sangrados en la piel, encías, o en la orina? : No.
28. ¿Ha tenido 4 o mas hospitalizaciones en los últimos 12 meses? : No.
29. ¿Cualquiera de sus padres,hermanos tíos o primos maternos tienen o han tenido hemofilia?: No.
30. ¿Algún médico le ha dicho que tiene o ha tenido una enfermedad huérfana (rara)? : No.
31. ¿Su padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), primo(a) tiene o ha tenido una enfermedad hu

Impreso por: Ipsolano-

15/04/20

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: EDILBERTO BAEZ PACHON
ESCOLARIDAD: Ninguno

IDENTIFICACIÓN: CC 9398981

ATENCIÓNES DEL PACIENTE

10/12/2020 09:08:24. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO EGEIRO SAS, SOGAMOSO
Datos del profesional de la salud: Samanda Juliana Suarez Garcia. Reg. Médico. 11

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 47248825. No. de afiliación E.P.S SANITAS
Edad del paciente: 46 años. Grupo poblacional: No definido. Estado Civil: Casado (a). O
casa. Responsable: SARA ALEYDA DAVILA GARCIA - Conyuge Telefono: 311589482
Tipo de atención: Control.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente acepta de forma voluntaria, consciente y expresa verbalmente su consentimiento a la con
emergencia sanitaria (Res. 385,464,538 de 2020)

Información suministrada por: Paciente, EDILBERTO BAEZ PACHON.
Motivo de consulta: "PARA LA PRORROGA DE LA INCAPACIDAD" - TELECONSULTA.
Enfermedad Actual: PACIENTE DE 46 AÑOS CON ANTECEDENTE DE PARKINSON AGUDIZADO I
EN SEGUIMIENTO POR NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. REFIERE LA ESPOSA QUE EL PACIENTE
GENERALES, TEMBLOR DE REPOSO CONSTANTE, RIGIDEZ Y DEPRESIÓN QUE LE IMPIDEN F
COTIDIANAS (COMER, VESTIRSE, BAÑARSE). NIEGA CEFALEA, NIEGA FIEBRE, NIEGA SÍNTOM
DIURESIS DE CARACTERÍSTICAS HABITUALES.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE DE 46 AÑOS CON ANTECEDENTE DE PARKINSON AGUDIZADO DESDE ESTE AÑO F
POR NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. REFIERE LA ESPOSA QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA
TEMBLOR DE REPOSO CONSTANTE, RIGIDEZ Y DEPRESIÓN QUE LE IMPIDEN REALIZAR LA M
VESTIRSE, BAÑARSE). NO SE REALIZA EXAMEN FÍSICO DADO QUE ES ATENCIÓN MEDIANTE
POR 28 DIAS. TIENE CONTROL CON NEUROLOGIA EN ENERO DE 2021 Y PENDIENTE VALROA
RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA, PACIENTE Y ESPOSA REFIEREN E

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Enfermedad de Parkinson (G20X), Confirmado repetido, Causa Externa: Enferm

PLAN DE MANEJO - INCAPACIDAD MÉDICA

Se expide incapacidad Enfermedad general durante 28 día(s) desde 10/12/2020 hasta 06/01/2021. (C

PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: PERMANEZCA EN CASA, EVITE CONTACTO C
FRECUENTEMENTE, USE TAPABOCAS CONSTANTEMENTE

SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE MAYOR A 38°C QUE NO MEJORA CON ACETAMINOFEN, DOL
RESPIRAR, VÓMITO Y DIARREA, NO TOLERA LO QUE COME

DIAS DE INCAPACIDAD: 28 día(s)

Impreso por: Ipsolano

15/04/20

Firmado Electrónicamente