Santiago de Cali, 08 de agosto del 2024 DJ-24-874-DMOL

Señores
TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL VALLE DEL CAUCA
Correo: sgtadmincli@notificacionesrj.gov.co
Santiago de Cali – Valle del Cauca.

ACTOR: PEDRO WILSON ALVAREZ BARBOSA Y OTROS Y OTROS
DEMANDANDO: UNION TEMPORAL DESARROLLO VIAL DEL VALLE DEL CAUCA Y CAUCA Y OTROS
RADICACIÓN: 76001-23-33-010-2014-01235-00
PONENTE: OSCAR ALONSO VALERO NISIMBLAT
ACCION DE REPARACION DIRECTA.

Muy respetuosamente se dirige a Usted, la Secretaria Técnica de la Sala Uno de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, para dar respuesta al acta No. 18 del 08 de agosto de 2024, se informa que para realizar la calificación solicitada a nombre de la señora **DIANA VALENCIA,** identificada con cédula de ciudadanía número **29.675.925**, esta junta regional requiere:

1. Consignación por la suma de **$1.300.000.oo** a nombre de la Junta Regional De Calificación De Invalidez Del Valle Del Cauca, realizada en el banco **DAVIVIENDA** cuenta de ahorros N° **017300102021**. Debe utilizar el formato convenios empresariales (aportar original y una copia).

2. Formulario debidamente diligenciado.

3. Petición dirigida a la Junta Regional solicitando la valoración, determinando:

   - Si requiere calificación de un evento específico o calificación integral.
   - Demostrando el interés jurídico e informando puntualmente cual es la finalidad del dictamen (ejemplo: demanda, condonación de deuda, compañía de seguros, sustitución pensional).
   - Informar bajo la gravedad del juramento, si ha sido calificado anteriormente por alguna de las entidades del sistema de seguridad social (EPS, ARL, AFP, JUNTAS REGIONALES). En caso afirmativo, aportar copia de la (s) calificación (es).
   - Manifestar cuales son las otras partes interesadas.

4. Copia de la cédula o documento de identidad.

5. Copia completa de la historia clínica **ACTUALIZADA** con conceptos y valoraciones de especialistas que soporten el diagnóstico motivo de calificación.

6. **Concepto de Mejoría Médica Máxima y/o Concepto de Rehabilitación Integral.**

7. Reportes de medicina legal.

8. Si se requiere para condonación de deuda, anexar carta expedida por la entidad financiera donde solicita la valoración por la Junta Regional.

9. Registro civil de defunción, para casos de sustitución pensional o pensión de sobrevivientes.

10. Si actúa en representación de persona natural o jurídica aportar poder debidamente firmado, dirigido a esta junta facultándolo para actuar.

11. En caso de actuar como curador aportar copia de la sentencia de interdicción judicial y copia del documento de identidad del curador.

12. Oficio remisorio del Despacho judicial.

13. Copia de la demanda.

14. Aclaración respecto a: evento, diagnóstico(s) y/o patología(s) requiere el Despacho se califique.

Aportados los documentos requeridos en el presente oficio, el expediente ingresará a reparto entre los médicos integrantes de esta Junta; el médico ponente, de considerarlo necesario, solicitará los exámenes y/o documentos adicionales para proferir el dictamen.

Una vez, se acredite a esta Junta los documentos requeridos anteriormente, se adelantará el trámite de calificación, conforme con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015.

Los documentos relacionados en el presente escrito se deberán enviar únicamente al correo electrónico: expedientes@juntavalle.com, en carpeta única comprimida debidamente foliada y marcada con nombre cédula, informando el total de los folios que se aportan.

Atentamente.

MARÍA CRISTINA TABARES OLIVEROS
Secretaria Técnica de la Sala Uno (1).

Santiago de Cali, 13 de agosto de 2024

Señor Magistrado Ponente
Dr. OSCAR ALONSO VALERO NISIMBLAT
H. Tribunal Administrativo del Valle del Cauca
E. S. D.

Referencia: Solicitud prórroga para pago de expensas

Medio de Control: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA
Demandante: JORGE ARMANDO LAOIZA MARTÍNEZ Y OTROS
Demandado: MUNICIPIO DE PALMIRA Y OTROS
Radicación: 76001-23-33-010-**2014**-**01235**-00

LIBIO AGUSTÍN CÓRDOBA ESPAÑA, identificado como aparece al pie de mi firma, como mandatario judicial de demandantes dentro del expediente acumulado, en atención a la respuesta N. DJ-24-874-DMOL del 08/08/2024 emitida por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca (JRCI), según lo dispuesto en la comunicación No. 271961 del 08 de agosto de 2024 proferida por el Despacho, en la cual ordenó:

"…MEDIANTE ACTA DE AUDIENCIA INICIAL N.º 18 DEL 08 DE AGOSTO DE 2024 EL DESPACHO DISPUSO: "(…) PRUEBA PERICIAL - DECRETAR la prueba pericial solicitada en el proceso 2015-00112-00 y en tal virtud dispone remitir a la señora DIANA VALENCIA con C.C. 29.675.925, a la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA, a fin de que determine la pérdida de capacidad laboral en relación con las lesiones físicas sufridas en hechos ocurridos el 27 de agosto de 2012. OFICIAR en ese sentido a la dirección de correo electrónico: judicial@juntavalle.com EXHORTAR al JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA para que la documentación que requiera a fin de rendir la experticia, sea solicitada a la parte demandante remitiendo comunicación al correo electrónico: justiciacelag7@outlook.com Se advierte a la parte demandante que es su deber aportar, en un término máximo de cinco (5) días, la documentación y las expensas que solicite la entidad encargada de rendir el dictamen, so pena de prescindir de la práctica de la prueba, conforme lo establece el inciso 3º del artículo 220 del CPACA (modificado por el artículo 56 de la Ley 2080 de 2021) en concordancia con el 234 CGP. (…)." (Subrayadas del suscrito)

De manera respetuosa informo al señor Magistrado que la señora DIANA VALENCIA en el momento no cuenta con los recursos para el pago del SMLMV ($ 1.300.000) a la JRCI, para la realización del peritaje (JML), por otro lado, nos encontramos reuniendo la extensa documentación requerida por la JRCI, de la cual ya se tiene una parte, por lo tanto, ruego a su Señoría ampliar el plazo, máximo por un mes, primero para que la señora DIANA VALENCIA pueda realizar actividades que le permita recaudar el dinero requerido para el propósito y para reunir la documentación faltante. Se acompaña oficio de la JRCI y la documentación en nuestras manos.

Sin más particulares me suscribo del señor Magistrado, con altísimo respeto,

Atentamente,

LIBIO AGUSTÍN CÓRDOBA ESPAÑA
C.C No 87.308.840 de El Tambo (N.)
T.P. No 249.914 del C. S. de la J.

Nombre: Valencia Guzman Diana Marcela Fecha 03/10/2012 Nº H.C. 821104

Edad 29 Sexo M☐ F☒ Ocupación Aux. de enfermeria Identificación Nº. 29675.926 Entidad palma Real

Direccion: Cra 43 # 38-35 Tel. res 2718540 Tel. of. Ciudad palmira

Motivo de la consulta: Masa PSD sec. a trauma.
↓ AV intermitente

Operaciones		LA	
Hipertensión	Diabetes	Traumas	Alergias
Medicamentos /			A.F.P.

AV OD SC 20/50 OD ___ OI ___ Subj. OD AV OD CC TO OD
AV OI SC 20/60 Subj. OI AV OI CC TO OI

K OD

K OI

Se palpa cuerpo extraño en canto externo derecho dependo dolorosa a palpación propuesto en orbita. cerca a 3 cicatrices en piel.
Corneas claras camaras simetricas cristalinos claros
FO: Exc 30% Macula sana Periferia sana

IDX: Cuerpo extraño en orbita derecha secundario a trauma x acc. transito

Plan: Extraccion cuerpo extraño en quirofano. orbitaria OD

6/12/12 Reseccion de Masa cuerpo extraño orbitario. Tejp derecho s/e.
11/12/12 Se retiran suturas superficiales. Ok. observacion.

CHRISTUS SINERGIA
Clínica Palma Real

HISTORIA CLINICA

HISTORIA DE INGRESO A URGENCIAS

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: DIANA MARCELA VALENCIA GUZMAN **Identificacion:** 29675926 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 04/noviembre/1982 **Edad Actual:** 29 Años \ 9 Meses \ 23 Días **Telefono** 3184447456
Direccion: CRA 43 N 38 35

DATOS DE AFILIACION

Entidad: SEGUROS DEL ESTADO soat **Regimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: ACCIDENTE DE TRANSITO-SOAT-SEGUROS DEL ESTADO (FACTURACION) **Nivel - Estrato:** MEDICINA PREPAGADDA

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 1** **(Fecha: 27/08/2012 09:50 p. m.)**

Responsable: MARGARITA (HERMANA) **Telefono Resp:**
Direccion Resp: **Nº Ingreso:** 106648 **Fecha:** 27/08/2012 8:57:58 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

MOTIVO DE CONSULTA

☐ Cefalea	☐ Colico Renal	☐ Contusión	☐ Convulsiones	☐ Crisis asmática	☐ Cuerpo Extraño	☐ Diarrea
☐ Disnea	☐ Disfagia	☐ Dolor Abdominal	☐ Dolor Extremidades	☐ Dolor Lumbar	☐ Dolor pelvico	☐ Dolor Torácico
☐ Epistaxis	☐ Fiebre	☐ Fosfenos Acufenos	☐ H.A.F.	☐ Hematuria	☐ Hemorragia Digestiva	
☐ Herida Cortopunzante		☐ Herida Superficial	☐ Hipertensión	☐ Hipotensión	☐ Ictericia	☐ Intoxicaciones
☐ Laceraciones	☐ Lipotimia	☐ Mareo	☐ Mordeduras	☐ Otalgia	☐ Palidez y sudoración	
☐ Palpitaciones	☐ Paresia	☐ Perdida Conocimiento		☐ Quemaduras	☐ Sangrado Vaginal	☐ Sincope
☐ T.C.E.	☐ Tos	☐ Transt. Habla	☐ Trauma Abdomen	☑ Trauma en Cara	☑ Trauma Extremidades	
☐ Trauma Torax	☐ Urticaria	☐ Vertigo	☐ Vomito	☐ Otros		

Detalle Otros

Tiempo de Evolucion > 2 horas Reingreso No ☐ < 24 horas ☐ > 24 < 48 hora **Igual caso:** No

ENFERMEDAD ACTUAL

paciente quien se encontraba como pasajera en autobus cuando este colisiona, ocasionandole traumatismo multiples en cara y extremidades ..... refiere la paciente tiene dolor en extremidadaes , y area de laceraciones ..... niega perdida de conocimineto

SIGNOS VITALES:

PAS: 110,0000 PAD: 60,0000 PAM: 76,6667 Frecuencia cardiaca 78,0000 Frecuencia Respiratoria 17,0000 Temperatura: 36,0000

GLASGOW

Apertura de Ojos: Espontanea **Resp. Motora:** Obedece ordenes **Resp. Vebal:** Orientada **TOTAL:** 15,0000
PESO: 0,00 Kg

ASPECTO GENERAL

☑ Alerta	☑ Colaborador	☐ Agresivo	☐ Agitado	☑ Hidratado	☐ Astenico	☐ Desnutrido

Orientado: Si ☑ Tiempo ■ Lugar ■ Persona

Cabeza y Cuello : normocefalo
Ojos : conjuntivas rosadas, pupila sreactivas
ORL : oidos y afreinge sin alteraciones,
Torax : no dolor
CardioRespiratoria : campos pulmonares ventilados, no agregados, no soplos , ritmicos
Abdomen : blando, depresible, no dolor
Osteomuscular : heridas en antebrazo multiples de 0.5 cms,. no sangrado activo, con herida de +- 3 cms en cara dorsal de mano izquierdo, no defromidad
GenitoUrinario : se omite
Piel y Anexos : laceracionesne cara
SNC : sin deficit
Analisis : paciente quien tiene historia de multiples laceraciones y herida en extremidades superioresm sin evidencia de defromidad y perdida de la continuidad de traumas se ordena sutura de heridas y aplicacion de analgesia

Powered by CamScanner

continuidad de traumas .....se ordena sutura de heridas y aplicacion de analgesia

Destino Paciente: OTROS

Requiere Aislamiento:

Tipo de Aislamiento:

ANTECEDENTES

Tipo	Fecha	Descripcion
Quirúrgicos	30/08/2012	AMIGDALAS
Médicos	30/08/2012	NORMAL
Alérgicos	30/08/2012	NO

DIAGNOSTICOS

T07X TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

INDICACIONES MEDICAS

Tipo de Indicacion Urgencias_Observacion

curacion de lesiones tenaol amp imdiclofena co amp im preparar para sutura con prolene 4.0

Destino Del Paciente OTROS

INTERPRETACIÓN MÉDICA

Codigo	Nombre	Descripción	Interpretación

EXAMENES **ANÁLISIS**

CONCILIACION MEDICAMENTOSA

Cantidad	Descripcion
1	VACUNA ANTITETANICA TOXOIDE TETANICO SUSPENSION INYECTABLE 40 UI/0.5 ML im
1	DICLOFENACO SODICO VIA IM SOLUCION INYECTABLE 75 MG/3 ML im

Profesional SANTACRUZ PAZ LAWRENCE
Tarjeta Profesional 521573
Cedula 14590169
Especialidad MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S.A.S.] NIT [900699086-8]

Powered by CamScanner

CHRISTUS SINERGIA
Clínica Palma Real

HISTORIA CLINICA

CONTROL URGENCIAS

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: DIANA MARCELA VALENCIA GUZMAN **Identificacion:** 29675926 **Sexo:** Femenino

Fecha Nacimiento: 04/noviembre/19 **Edad Actual:** 29 Años \ 9 Meses \ 23 Días 82 **Telefono** 3184447456

Direccion: CRA 43 N 38 35

DATOS DE AFILIACION

Entidad: SEGUROS DEL ESTADO soat **Regimen:** Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: ACCIDENTE DE TRANSITO-SOAT-SEGUROS DEL ESTADO (FACTURACION) **Nivel - Estrato:** MEDICINA PREPAGADDA

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 2** **(Fecha: 27/08/2012 10:55 p. m.)**

Responsable: MARGARITA (HERMANA) **Telefono Resp:**

Direccion Resp: **Nº Ingreso:** 106648 **Fecha:** 27/08/2012 8:57:58 p. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

SIGNOS VITALES

PAS 0,0000 PAD 0,0000 PAM 0,0000 FC 0,0000 FR 0,0000 TEMP 0,0000

EVOLUCION

`paciente quien refiere ahora dolor a nivel de femur y rodilla derecha , para ordenar rx con ligero deema en tercio medio del femur y dolor , no defromidad

OBSERVACIONES Y OTROS

Destino del Paciente

Requiere Aislamiento

Tipo de Aislamiento

INDICACIONES MEDICAS

Tipo de Indicacion Urgencias_Observacion

rx de femur y ropdilla der

INDICACIONES MEDICAS

INTERPRETACIÓN MÉDICA

Codigo	Nombre	Descripción	Interpretación
873420	873420000 - RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)		
873312	873312000 - RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL)		

EXAMENES **ANÁLISIS**

873420000 - RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)

873312000 - RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL)

Profesional SANTACRUZ PAZ LAWRENCE

Tarjeta Profesional 521573

Cedula 14590169

Especialidad MEDICINA GENERAL

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1112231902

LICENCIADO A: [CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S.A.S.] NIT [900699086-8]

Powered by CamScanner

CHRISTUS SINERGIA
Clínica Palma Real

HISTORIA CLINICA

CONTROL URGENCIAS

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: DIANA MARCELA VALENCIA GUZMAN **Identificacion:** 29675926 **Sexo:** Femenino

Fecha Nacimiento: 04/noviembre/19 **Edad Actual:** 29 Años \ 9 Meses \ 24 Días 82 **Telefono** 3184447456

Direccion: CRA 43 N 38 35

DATOS DE AFILIACION

Entidad: SEGUROS DEL ESTADO soat **Regimen:** Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: ACCIDENTE DE TRANSITO-SOAT-SEGUROS DEL ESTADO (FACTURACION) **Nivel - Estrato:** MEDICINA PREPAGADDA

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 3** **(Fecha: 28/08/2012 01:44 a. m.)**

Responsable: MARGARITA (HERMANA) **Telefono Resp:**

Direccion Resp: **Nº Ingreso:** 106648 **Fecha:** 27/08/2012 8:57:58 p. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Accidente_de_Transito

SIGNOS VITALES

PAS	PAD	PAM	FC	FR	TEMP
110,0000	70,0000	0,0000	80,0000	16,0000	36,0000

EVOLUCION

paciente quien refiere encontraese en buenas condiciones generales, con dolor intenso rx de femur : no evidencia de fractura rx de rodilla: no evidencia de fractura , no luxacion paciente a quien previa asepsia y antisepsia, y posterior infiltracion de xilocaina y tras haber realizado curacion de cara , se observan 3 heridas herida n 1 : en region frontal derecha , se suturan 2 puntos con ptrolene 4.0 herida n2 en region tenporal derecha, de +- 1 .5 cms, bordes lineales : sutura con prolene 4.0 con 2 puntos herida n 3 . en region ciliar , puntiforme y con sangrado persistente , se realiza sutura con 1 punto en antebrazo derecho e izquierdo : multiples heridas de +- 0.5 a 1 cms, que requiere de a 2 y 1 punto .....procedimineto sin complicaciones , con prolene 4.0 en mano izquierda con herida lineal, de bordes regulares , sangrado escaso, se realiza sutura con prolene 2.0 , con 6 puntos en totral de las heridas se obtienen 25 puntos .....se da orden de reiro de puntos en 7 dias , manejo en casa con atb y analgesia + reparil creama + fakrel creama + incapacidad medica x 10 dias reposo completo

OBSERVACIONES Y OTROS

Destino del Paciente

Requiere Aislamiento

Tipo de Aislamiento

INDICACIONES MEDICAS

Tipo de Indicacion Salida

salida

INDICACIONES MEDICAS

INTERPRETACIÓN MÉDICA

Codigo	Nombre	Descripción	Interpretación

DIAGNOSTICOS

T07X TRAUMATISMOS MULTIPLES, NO ESPECIFICADOS

PLAN DE MANEJO

Cantidad	Descripcion
30	NAPROXENO TABLETA 250MG 1 tab vo cada 8 hs
20	METOCARBAMOL TABLETA 750 MG 1 tab vo cada 12 hs

Powered by CamScanner

CHRISTUS SINERGIA
Clínica Palma Real

HISTORIA CLINICA

CONTROL URGENCIAS

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: DIANA MARCELA VALENCIA GUZMAN **Identificacion:** 29675926 **Sexo:** Femenino

Fecha Nacimiento: 04/noviembre/19 **Edad Actual:** 29 Años \ 9 Meses \ 26 Días 82 **Telefono** 3184447456

Direccion: CRA 43 N 38 35

DATOS DE AFILIACION

Entidad: SEGUROS DEL ESTADO soat **Regimen:** Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: ACCIDENTE DE TRANSITO-SOAT-SEGUROS DEL ESTADO (FACTURACION) **Nivel - Estrato:** MEDICINA PREPAGADDA

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 4** **(Fecha: 30/08/2012 11:02 a. m.)**

Responsable: MARGARITA (HERMANA) **Telefono Resp:**

Direccion Resp: **N° Ingreso:** 106648 **Fecha:** 27/08/2012 8:57:58 p. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

SIGNOS VITALES

PAS 0,0000 PAD 0,0000 PAM 0,0000 FC 0,0000 FR 0,0000 TEMP 0,0000

EVOLUCION

CC VOLVI EA HACE 4 DIAS TUVO ACCIDENTE DE TRANSITO , TUVO POLITRAUMA , TRAUMAS EN BRAZOS , TORAX , CABEZA , MANO IZQ Y PIERNAS LE SUTURAN HERIDAS SUPERFICIALESAYER CON EDEMA EN AREA PERI OCULAR DERECHA CON INYECCION CONJUNTIVAL , SIN CAMBIOS VISUALESEL EDEMA Y EL DOLOR DE LA MANO IZQ PERSISTE Y POR ESTO VIENE TA 140/80 FC 90 X FR 22 X PIRR , EQUIMOSIS EN AREA PERIORBITARIA DER , HEMORRAGIA CONJUNTIVAL CUELLO NO DOLOROSOC/P NORMAL ABDOMEN NO DOLOROSO , NO DISTENDIDO HERIDAS MULTIPLES Y SUTURADAS EN BRAZOS , EDEMA Y MUCHO DOLOR EN LA MANO IZQUIERDA , EQUIMOSIS EN LA PIERNA IZQUIERDA EQUIMOSIS MULTIPLES EN MUSLOS GLASGOW 15/15 , NO FOCALIZADA IDX POLITRAUMA - T C E LEVE - TRAUMA ORBITARIO Y FACIAL - TRAUMA MANO IZQ - TRAUMA PIERNA IZQ TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS PLAN RX WATTERS , MANO Y PIERNA IZQ AP LAT

OBSERVACIONES Y OTROS

Destino del Paciente

Requiere Aislamiento

Tipo de Aislamiento

INDICACIONES MEDICAS

Tipo de Indicacion Urgencias_Observacion

- RX WATTERS , PIERNA Y MANO IZQ AP LAT

INDICACIONES MEDICAS

INTERPRETACIÓN MÉDICA

Codigo	Nombre	Descripción	Interpretación
873210	873241000 - RADIOGRAFIA DE MANO		
870101	870101000 - RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)		
873313	873313000 - RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)		

EXAMENES **ANÁLISIS**

873241000 - RADIOGRAFIA DE MANO

870101000 - RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA)

873313000 - RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)

LICENCIADO A: [CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S.A.S.] NIT [900699086-8]

Powered by CamScanner

1 JERINGA 10ML

retiro de puntos en 7 dias 7 a 9 am debe trae cuchilla de bisturi

Profesional	SANTACRUZ PAZ LAWRENCE
Tarjeta Profesional	521573
Cedula	14590169
Especialidad	MEDICINA GENERAL

Powered by CamScanner

CHRISTUS SINERGIA
Clínica Palma Real

HISTORIA CLINICA

HISTORIA DE INGRESO A URGENCIAS

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: DIANA MARCELA VALENCIA GUZMAN **Identificacion:** 29675926 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 04/noviembre/1982 **Edad Actual:** 29 Años \ 9 Meses \ 26 Días **Telefono** 3184447456
Direccion: CRA 43 N 38 35

DATOS DE AFILIACION

Entidad: SEGUROS DEL ESTADO soat **Regimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: ACCIDENTE DE TRANSITO-SOAT-SEGUROS DEL ESTADO (FACTURACION) **Nivel - Estrato:** MEDICINA PREPAGADDA

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 5** **(Fecha: 30/08/2012 11:57 a. m.)**

Responsable: OFIR (MADRE) **Telefono Resp:**
Direccion Resp: **Nº Ingreso:** 107657 **Fecha:** 30/08/2012 10:37:50 a. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Accidente_de_Transito

MOTIVO DE CONSULTA

☐ Cefalea	☐ Colico Renal	☐ Contusión	☐ Convulsiones	☐ Crisis asmática	☐ Cuerpo Extraño	☐ Diarrea
☐ Disnea	☐ Disfagia	☐ Dolor Abdominal	☐ Dolor Extremidades	☐ Dolor Lumbar	☐ Dolor pelvico	☐ Dolor Torácico
☐ Epistaxis	☐ Fiebre	☐ Fosfenos Acufenos	☐ H.A.F.	☐ Hematuria	☐ Hemorragia Digestiva	
☐ Herida Cortopunzante		☐ Herida Superficial	☐ Hipertensión	☐ Hipotensión	☐ Ictericia	☐ Intoxicaciones
☐ Laceraciones	☐ Lipotimia	☐ Mareo	☐ Mordeduras	☐ Otalgia	☐ Palidez y sudoración	
☐ Palpitaciones	☐ Paresia	☐ Perdida Conocimiento		☐ Quemaduras	☐ Sangrado Vaginal	☐ Sincope
☐ T.C.E.	☐ Tos	☐ Transt. Habla	☐ Trauma Abdomen	☐ Trauma en Cara	☐ Trauma Extremidades	
☐ Trauma Torax	☐ Urticaria	☐ Vertigo	☐ Vomito	☑ Otros		

Detalle Otros VOLVI

Tiempo de Evolucion > 3 días Reingreso No ☐ < 24 horas ☐ > 24 < 48 hora **Igual caso:** No

ENFERMEDAD ACTUAL

HACE 3 DIAS SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO EN UN BUS , PRESENTA TRAUMAS MULTIPLES EN CARA , CABEZA , BRAZOS , MANO IZQ Y RODILLAS HOY VIENE POR DOLOR EN EL OJO DERECHO Y EN MANO IZQ

SIGNOS VITALES:

PAS: 130,0000 PAD: 60,0000 PAM: 83,3333 Frecuencia cardiaca 90,0000 Frecuencia Respiratoria 22,0000 Temperatura: 36,0000

GLASGOW

Apertura de Ojos: Espontanea **Resp. Motora:** Obedece ordenes **Resp. Vebal:** Orientada **TOTAL:** 15,0000
PESO: 0,00 **Kg**

ASPECTO GENERAL

☑ Alerta ☑ Colaborador ☐ Agresivo ☐ Agitado ☐ Hidratado ☐ Astenico ☐ Desnutrido

Orientado: ☐ Tiempo ☐ Lugar ☐ Persona

Cabeza y Cuello : LACERACIONES FACIALES
Ojos : EQUIMOSIS Y CON HEMATOMA CONJUNTIVAL OJO DER PUPILA REACTIVA , ME O CONSERVADOS
ORL : NORMAL
Torax : NORMAL
CardioRespiratoria : NORMAL
Abdomen : NORMAL
Osteomuscular : EDEMA Y DOLOR EN LA MANO Y LA OPIERNA IZQ CON EQUIMOSIS MULTIPLES
GenitoUrinario : OMITO
Piel y Anexos : SUTURAS EN BRAZOS Y MUSLOS DE BUEN ASPECTO
SNC : GLASGOW 15/15
Analisis : SE LE PIDE RX CARA , MANO Y PIERNA IZQ AP LAT

Nombre reporte : HCRPHistoBase Usuario: 1112231902

Powered by CamScanner

Destino Paciente:

Requiere Aislamiento:

Profesional	MILLAN CASTRO MARCO ANTONIO
Tarjeta Profesional	760468
Cedula	94396266
Especialidad	MEDICINA GENERAL

Powered by CamScanner

Destino Paciente:

Requiere Aislamiento:

Tipo de Aislamiento:

ANTECEDENTES

Tipo	Fecha	Descripcion
Quirúrgicos	30/08/2012	AMIGDALAS
Médicos	30/08/2012	NORMAL
Alérgicos	30/08/2012	NO

DIAGNOSTICOS

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

INDICACIONES MEDICAS

Tipo de Indicacion Urgencias_Observacion

- RX MANO Y PIERNA IZQ , RX WATTERS

Destino Del Paciente

INTERPRETACIÓN MÉDICA

Codigo	Nombre	Descripción	Interpretación

EXAMENES **ANÁLISIS**

CONCILIACION MEDICAMENTOSA

Cantidad **Descripcion**

Profesional MILLAN CASTRO MARCO ANTONIO
Tarjeta Profesional 760468
Cedula 94396266
Especialidad MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S.A.S.] NIT [900699086-8]

Powered by CamScanner

CHRISTUS SINERGIA
Clínica Palma Real

HISTORIA CLINICA

CONTROL URGENCIAS

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: DIANA MARCELA VALENCIA GUZMAN **Identificacion:** 29675926 **Sexo:** Femenino

Fecha Nacimiento: 04/noviembre/19 **Edad Actual:** 29 Años \ 9 Meses \ 26 Días 82 **Telefono** 3184447456

Direccion: CRA 43 N 38 35

DATOS DE AFILIACION

Entidad: SEGUROS DEL ESTADO soat **Regimen:** Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: ACCIDENTE DE TRANSITO-SOAT-SEGUROS DEL ESTADO (FACTURACION) **Nivel - Estrato:** MEDICINA PREPAGADDA

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 6** **(Fecha: 30/08/2012 12:01 p. m.)**

Responsable: OFIR (MADRE) **Telefono Resp:**

Direccion Resp: **Nº Ingreso:** 107657 **Fecha:** 30/08/2012 10:37:50 a. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

SIGNOS VITALES

PAS 0,0000 PAD 0,0000 PAM 0,0000 FC 0,0000 FR 0,0000 TEMP 0,0000

EVOLUCION

RX WATTERS , PIERNA Y MANO DER : SIN FX EVIDENTES PLAN MANEJO AMBULATORIO , HIELO LOCAL

OBSERVACIONES Y OTROS

Destino del Paciente

Requiere Aislamiento

Tipo de Aislamiento

INDICACIONES MEDICAS

Tipo de Indicacion Salida

INDICACIONES MEDICAS

INTERPRETACIÓN MÉDICA

Codigo	Nombre	Descripción	Interpretación

PLAN DE MANEJO

Cantidad	Descripcion
21	NAPROXENO TABLETA 250MG 1 TABLETA C/8HORAS
2	DICLOFENACO SODICO VIA IM SOLUCION INYECTABLE 75 MG/3 ML 1 AMPOLLA IM DIA
28	CEFALEXINA CAPSULA 500 MG 1 TABLETA C/6HORAS

Profesional MILLAN CASTRO MARCO ANTONIO
Tarjeta Profesional 760468

Powered by CamScanner

CHRISTUS SINERGIA
Clínica Palma Real

HISTORIA CLINICA

HISTORIA DE INGRESO A URGENCIAS

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: DIANA MARCELA VALENCIA GUZMAN **Identificacion:** 29675926 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 04/noviembre/1982 **Edad Actual:** 29 Años \ 10 Meses \ 3 Días **Telefono** 3184447456
Direccion: CRA 43 N 38 35

DATOS DE AFILIACION

Entidad: SEGUROS DEL ESTADO soat **Regimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: ACCIDENTE DE TRANSITO-SOAT-SEGUROS DEL ESTADO (FACTURACION) **Nivel - Estrato:** MEDICINA PREPAGADDA

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 7** **(Fecha: 07/09/2012 08:55 p. m.)**

Responsable: **Telefono Resp:**
Direccion Resp: **Nº Ingreso:** 110798 **Fecha:** 07/09/2012 7:51:24 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Accidente_de_Transito

MOTIVO DE CONSULTA

☐ Cefalea	☐ Colico Renal	☐ Contusión	☐ Convulsiones	☐ Crisis asmática	☐ Cuerpo Extraño	☐ Diarrea
☐ Disnea	☐ Disfagia	☐ Dolor Abdominal	☐ Dolor Extremidades	☐ Dolor Lumbar	☐ Dolor pelvico	☐ Dolor Torácico
☐ Epistaxis	☐ Fiebre	☐ Fosfenos Acufenos	☐ H.A.F.	☐ Hematuria	☐ Hemorragia Digestiva	
☐ Herida Cortopunzante		☐ Herida Superficial	☐ Hipertensión	☐ Hipotensión	☐ Ictericia	☐ Intoxicaciones
☐ Laceraciones	☐ Lipotimia	☐ Mareo	☐ Mordeduras	☐ Otalgia	☐ Palidez y sudoración	
☐ Palpitaciones	☐ Paresia	☐ Perdida Conocimiento		☐ Quemaduras	☐ Sangrado Vaginal	☐ Sincope
☐ T.C.E.	☐ Tos	☐ Transt. Habla	☐ Trauma Abdomen	☐ Trauma en Cara	☐ Trauma Extremidades	
☐ Trauma Torax	☐ Urticaria	☐ Vertigo	☐ Vomito	☑ Otros		

Detalle Otros TENGO LA MANO MALA

Tiempo de Evolucion > 3 días Reingreso No ☐ < 24 horas ☐ > 24 < 48 hora **Igual caso:** No

ENFERMEDAD ACTUAL

HACE MAS DE 15 DIAS SUFRE POLITRAUMA POR ACCIDENTE DE TRANSITO , TUVO T C E , TRAUMA FACIAL , TRAUMA OCULAR DER , TRAUMA MANO IZQ Y MUSLO DERECHO TUVO HERIDAS MULTIPLES POR VIDRIOS EN BRAZOS Y CARA , LE REALIZAN SUTURAS RESPECTIVAS , ESTA CON TTO ANALGESICO Y ANTIBIOTICO AMBULATORIOHOY VIENE POR TENER DISMINUCION DE LA AV DEL OJO DER Y CAMBIOS INFLAMATORIOS DE LA MANO IZQ

SIGNOS VITALES:

PAS: 130,0000 PAD: 90,0000 PAM: 103,3333 Frecuencia cardiaca 80,0000 Frecuencia Respiratoria 22,0000 Temperatura: 36,0000

GLASGOW

Apertura de Ojos: Espontanea **Resp. Motora:** Obedece ordenes **Resp. Vebal:** Orientada **TOTAL:** 15,0000
PESO: 0,00 **Kg**

ASPECTO GENERAL

☑ Alerta ☑ Colaborador ☐ Agresivo ☐ Agitado ☐ Hidratado ☐ Astenico ☐ Desnutrido

Orientado: ☐ Tiempo ☑ Lugar ☑ Persona

Cabeza y Cuello : NORMAL
Ojos : SE PALPA MASA PEQUE;A MOVIL EN EL CANTO EXTERNO DEL OJO DER PUPILA REACTIVA FONDO DE OJO NORMAL DOLOR EN EL GLOBO OCULAR AV DISMINUIDA NO TANTO EN EL IZQ
ORL : NORMAL
Torax : NORMAL
CardioRespiratoria : NORMAL
Abdomen : NORMAL
Osteomuscular : AREA DEL DORSO DE LA MANO IZQ CON ERITEMA Y CALOR LOCAL , MOVILIDAD NORMAL
GenitoUrinario : PPL NEG

Nombre reporte : HCRPHistoBase Usuario: 1112231902

LICENCIADO A: [CHRISTUS SINERGIA CLINICA PALMA REAL S.A.S.] NIT [900699086-8]

Powered by CamScanner

CHRISTUS SINERGIA
Clínica Palma Real

HISTORIA CLINICA

CONTROL URGENCIAS

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: DIANA MARCELA VALENCIA GUZMAN **Identificacion:** 29675926 **Sexo:** Femenino

Fecha Nacimiento: 04/noviembre/19 **Edad Actual:** 29 Años \ 10 Meses \ 3 Días 82 **Telefono** 3184447456

Direccion: CRA 43 N 38 35

DATOS DE AFILIACION

Entidad: SEGUROS DEL ESTADO soat **Regimen:** Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: ACCIDENTE DE TRANSITO-SOAT-SEGUROS DEL ESTADO (FACTURACION) **Nivel - Estrato:** MEDICINA PREPAGADDA

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 8** **(Fecha: 07/09/2012 09:03 p. m.)**

Responsable: **Telefono Resp:**

Direccion Resp: **N° Ingreso:** 110798 **Fecha:** 07/09/2012 7:51:24 p. m.

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Accidente_de_Transito

SIGNOS VITALES

PAS 0,0000 PAD 0,0000 PAM 0,0000 FC 0,0000 FR 0,0000 TEMP 0,0000

EVOLUCION

SE ABRE FOLIO PARA CITA CONSULTA EXTERNA CON OFTALMOLOGIA

OBSERVACIONES Y OTROS

Destino del Paciente

Requiere Aislamiento

Tipo de Aislamiento

INDICACIONES MEDICAS

Tipo de Indicacion Salida

INDICACIONES MEDICAS

INTERPRETACIÓN MÉDICA

Codigo	Nombre	Descripción	Interpretación

DIAGNOSTICOS

S051 CONTUSION DEL GLOBO OCULAR Y DEL TEJIDO ORBITARIO

Profesional MILLAN CASTRO MARCO ANTONIO
Tarjeta Profesional 760468
Cedula 94396266
Especialidad MEDICINA GENERAL

Powered by CamScanner

Piel y Anexos : NORMAL
SNC : NORMAL
Analisis : CUDRO DE POLITA , HAY QUE DESCARTAR PATOLOGIA VISUAL DER CELULITIS MANO IZQ SE LE DARA TTO AMBULATORIO , VAL POR OFTALMOLOGIA

Destino Paciente:

Requiere Aislamiento:

Tipo de Aislamiento:

ANTECEDENTES

Tipo	Fecha	Descripcion
Quirúrgicos	30/08/2012	AMIGDALAS
Médicos	30/08/2012	NORMAL
Alérgicos	30/08/2012	NO

DIAGNOSTICOS

S051 CONTUSION DEL GLOBO OCULAR Y DEL TEJIDO ORBITARIO

INDICACIONES MEDICAS

Tipo de Indicacion Salida
/ DICLOFENACO X 75 MG IM / LUEGO SALIDA

Destino Del Paciente

INTERPRETACIÓN MÉDICA

Codigo	Nombre	Descripción	Interpretación

EXAMENES **ANÁLISIS**

CONCILIACION MEDICAMENTOSA

Cantidad	Descripcion
20	CIPROFLOXACINA TABLETA 500 MG 1 TAB C&12HORAS
3	GENTAMICINA SOLUCION INYECTABLE 80 MG/2 ML 1 IM DIA

Profesional MILLAN CASTRO MARCO ANTONIO
Tarjeta Profesional 760468
Cedula 94396266
Especialidad MEDICINA GENERAL

Powered by CamScanner

CHRISTUS SINERGIA
Clínica Palma Real

HISTORIA CLINICA

HISTORIA DE INGRESO A URGENCIAS

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: DIANA MARCELA VALENCIA GUZMAN **Identificacion:** 29675926 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 04/noviembre/1982 **Edad Actual:** 29 Años \ 10 Meses \ 12 Días **Telefono** 3184447456
Direccion: CRA 43 N 38 35

DATOS DE AFILIACION

Entidad: SEGUROS DEL ESTADO soat **Regimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: ACCIDENTE DE TRANSITO-SOAT-SEGUROS DEL ESTADO (FACTURACION) **Nivel - Estrato:** MEDICINA PREPAGADDA

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 9** **(Fecha: 16/09/2012 11:57 p. m.)**

Responsable: OFIR (AMIGA) **Telefono Resp:**
Direccion Resp: **N° Ingreso:** 113684 **Fecha:** 16/09/2012 11:17:03 p. m.
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Accidente_de_Transito

MOTIVO DE CONSULTA

☐ Cefalea	☐ Colico Renal	☐ Contusión	☐ Convulsiones	☐ Crisis asmática	☐ Cuerpo Extraño	☐ Diarrea
☐ Disnea	☐ Disfagia	☐ Dolor Abdominal	☐ Dolor Extremidades	☐ Dolor Lumbar	☐ Dolor pelvico	☐ Dolor Torácico
☐ Epistaxis	☐ Fiebre	☐ Fosfenos Acufenos	☐ H.A.F.	☐ Hematuria	☐ Hemorragia Digestiva	
☐ Herida Cortopunzante		☐ Herida Superficial	☐ Hipertensión	☐ Hipotensión	☐ Ictericia	☐ Intoxicaciones
☐ Laceraciones	☐ Lipotimia	☐ Mareo	☐ Mordeduras	☐ Otalgia	☐ Palidez y sudoración	
☐ Palpitaciones	☐ Paresia	☐ Perdida Conocimiento		☐ Quemaduras	☐ Sangrado Vaginal	☐ Sincope
☐ T.C.E.	☐ Tos	☐ Transt. Habla	☐ Trauma Abdomen	☐ Trauma en Cara	☐ Trauma Extremidades	
☐ Trauma Torax	☐ Urticaria	☐ Vertigo	☐ Vomito	☑ Otros		

Detalle Otros LA MANO

Tiempo de Evolucion > 3 días Reingreso No ☐ < 24 horas ☐ > 24 < 48 hora **Igual caso:** No

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE HACE APROX 25 DIAS TUVO ACCIDENTE DE TRANSITO EN UN BUS , CON POLITRAUMATISMO , ACTUAL MENTE CON CELULITIS EN MANO IZQ Y CON LESION PERIORBITARIA DERECHA LA CUAL ESTA PENDIENTE VALORACION POR OFTALMOLOGIA AHORA EL ERITEMA EN LA MANO IZQ MEJORA PERO NO EL DOLOR , NO SOPORTA LA PINZA NI SOSTENER CON LOS DEDOS POR ESTO VIENE

SIGNOS VITALES:

PAS: 130,0000 PAD: 60,0000 PAM: 83,3333 Frecuencia cardiaca 90,0000 Frecuencia Respiratoria 22,0000 Temperatura: 36,0000

GLASGOW

Apertura de Ojos: Espontanea **Resp. Motora:** Obedece ordenes **Resp. Vebal:** Orientada **TOTAL:** 15,0000
PESO: 0,00 **Kg**

ASPECTO GENERAL

☑ Alerta ☑ Colaborador ☐ Agresivo ☐ Agitado ☐ Hidratado ☐ Astenico ☐ Desnutrido

Orientado: ☐ Tiempo ☑ Lugar ☑ Persona

Cabeza y Cuello : NORMAL
Ojos : SE PALPA LESION NODULAR EN EL AREA PERIORBITARIA DERECHA , DOLOROSO NO ERITEMA PIRR
ORL : NORMAL
Torax : NORMAL
CardioRespiratoria : NORMAL
Abdomen : NORMAL
Osteomuscular : DOLOR INTENSO EN DORSO DE LA MANO IZQ , ERITEMA Y CALOR LOCAL MODERADO , NO FLICTENAS , FLEXION DE LOS DEDOS MUY DOLOROSO , SIGNO DE LA " O " : + PERO NO AGARRA POR DOLOR
GenitoUrinario : OMITO

Nombre reporte : HCRPHistoBase Usuario: 1112231902

Powered by CamScanner

Piel y Anexos : LESIONES EN CARA , BRAZOS CON ERITEMA DISCRETO
SNC : NO DEFICIT NEUROLOGICO
Analisis : PACIENTE CON TRAUMA Y CELULITIS EN LA MANO IZQ CON EVOLUCION TORPIDA EN LA RX TOMADA NO SE EVIDENCIA FRACTURAS PERO HAY MUCHO DOLOR EN EL DORSO DE LA MISMA SE LE DARA TTO AMBULATORIO

Destino Paciente:

Requiere Aislamiento:

Tipo de Aislamiento:

ANTECEDENTES

Tipo	Fecha	Descripcion
Quirúrgicos	30/08/2012	AMIGDALAS
Médicos	30/08/2012	NORMAL
Alérgicos	30/08/2012	NO

DIAGNOSTICOS

S602 CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

INDICACIONES MEDICAS

Tipo de Indicacion Salida
- DICLOFENACO X 75 MG IM - LUEGO SALIDA

Destino Del Paciente

INTERPRETACIÓN MÉDICA

Codigo	Nombre	Descripción	Interpretación

EXAMENES **ANÁLISIS**

CONCILIACION MEDICAMENTOSA

Cantidad	Descripcion
2	BETAmetasona FOSFATO DISODICO SOLUCION INYECTABLE 4 MG/1 ML 1 AMPOLLA SEMANAL IM
3	AMIKACINA SOLUCION INYECTABLE 500 MG/2 ML 1 AMPOLLA IM DIARIA
20	CIPROFLOXACINA TABLETA 500 MG 1 TABLETA C/12HORAS
3	ketoPROFENO SOLUCION INYECTABLE 100 MG/5 ML 1 AMPOLLA DIARIA IM
30	Acetaminofen/CODEINA TABLETA 500+8 MG 1 TABLETA C/12HORAS

Profesional MILLAN CASTRO MARCO ANTONIO
Tarjeta Profesional 760468
Cedula 94396266
Especialidad MEDICINA GENERAL

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **29675926**

VALENCIA GUZMAN
APELLIDOS

DIANA MARCELA
NOMBRES

Diana Marcela Valencia

FIRMA

Powered by CamScanner

FECHA DE NACIMIENTO **04-NOV-1982**

CALIMA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-FEB-2001 PALMIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-3107900-65101955-F-0029675926-20020307 **02698** 02065H 01 120696715

Powered by CamScanner