



Seguros

SOLICITUD VIDA INTEGRAL PREMIUM

NOTA: La presente solicitud de seguro debe estar diligenciada en su totalidad y firmada por el solicitante, sin tachones, borradores ni enmendaduras

Fecha de Solicitud 2022 / 02 / 10	Sucursal Banca 0521	Ciudad Lorica.
Tomador Asalia stella Sanchez Sanchez	C.C. o NIT 30656747	
Dirección CL 3 # 20C - 28	Ciudad Lorica	Teléfono 315 767 6006
Asgurado: Asalia stella Sanchez Sanchez	C.C. o NIT 30656747	
Dirección: CL 3 # 20C - 28	Ciudad Lorica	Teléfono 315 767 6006
Profesión: Educador	Género X M	Fecha de Nacimiento 1973 / 04 / 05
		Edad 49
Correo Electrónico: ASSSMBAGMAIL.COM	Características del seguro	Valor Asegurado Básico. \$ 150.000.000
Amparos	Valor Asegurado	
Vida (Muerte natural o accidental)	100% del Valor Básico	
Incapacidad Total y Permanente	100% del Valor Básico	
Doble Indemnización por Muerte Accidental	100% del Valor Básico	
Enfermedades Graves (Pago Anticipado)	60% del Valor Básico	
Triple Indemnización por Muerte Accidental	100% del Valor Básico	
Asistencia en Viaje Internacional	Incluido	
Periodicidad pago prima: Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input checked="" type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>	Prima anual \$ 1.525.200	Prima periódica \$ 127.100
Nombre Asesor Maira Medina Pérez		Código Asesor C804645

Beneficiarios del seguro		
Nombres completos	Parentesco	%
Juan Pablo Cogallo Sanchez	Hijo	50
Richard Manuel Cogallo Sanchez	Hijo	50

Información sobre reclamación en Seguros (Conocimiento del Cliente)

¿Ha presentado reclamación o ha recibido indemnización en seguros en los últimos dos años? SI No Si la respuesta es afirmativa, favor diligenciar el siguiente cuadro.

Año	Ramo	Compañía	Valor	Reclamación	Indemnización
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No firme esta solicitud sin leer este texto

Declaración de asegurabilidad

Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como: Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular-ictus), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Renales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-psiquiátricas, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos Inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sorcerya y en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexistente a la fecha de la firma de esta solicitud?

SI No Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes.

Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, sus derechos son los previstos en la consultación y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de comercio

Artículo 1068 del Código de Comercio Terminación automática del Seguro "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expiración del contrato".

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Autorizo al BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros Tarjeta de Crédito y/o Extracto del Crédito No. cta ahorros o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida

Autorizo a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. renovar automáticamente a su vencimiento la presente póliza SI NO

Edad mínima de ingreso: 18 años Edad máxima de ingreso: Un día antes de cumplir 65 años Permanencia: hasta un día antes de cumplir 70 años.

Para la Cobertura de Incapacidad Total y Permanente/Desmembración, Enfermedades Graves, Máxima de ingreso y permanencia hasta un día antes de cumplir los 65 años

Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición a través de las páginas www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en esta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud, manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.

Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de Lorica el 10 del mes de 02 de 22.

Firma del Solicitante

DE SEGURO VIDA INTEGRAL PREMIUM

M026300110258005214002063360

VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 NO. 00130521052392325909

Emisión Original

Lugar y Fecha: LORICA 10/02/2022		Sucursal: LORICA
Tomador: ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ		C.C. o NIT: 30.656.747
Dirección: AOTR 000 000 000 CL 3 20C-28		Ciudad: LORICA
Asegurado: ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ		Teléfono: 3157676006
Dirección: AOTR 000 000 000 CL 3 20C-28		C.C. o NIT: 30.656.747
Ciudad: LORICA		Teléfono: 3157676006
Departamento: CORDOBA		Email: ASSSMBAGMAIL.COM
Fecha de Nacimiento: 05/04/1973		Genero: FEMENINO
		Edad: 48
Valor Asegurado: \$150.000.000	Vigencia Desde: 10/02/2022	Hasta: 10/02/2023
	DD/MM/AAAA DD/MM/AAAA	
	A las 24:00 Horas	
Periodicidad de Pago: MENSUAL		No. Días: 365

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
VIDA BÁSICO	\$150.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN E INUTILIZACIÓN	\$150.000.000
ENFERMEDADES GRAVES (PAGO ANTICIPADO)	\$90.000.000
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL MUERTE ACCIDENTAL	\$150.000.000
TRIPLE INDEMNIZACIÓN MUERTE ACCIDENTAL EN VUELO	\$150.000.000
REPATRIACION	INCLUIDO
ASISTENCIA EN VIAJE INTERNACIONAL	INCLUIDO
Modo de Pago: CUENTA AHORROS	Prima Anual: \$1.525.200
	Prima Periódica: \$127,100

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	% PARTICIPACION
JUAN PABLO COGOLLO SANCHEZ	HIJOS	50
RICHARD MANUEL COGOLLO SANCHEZ	HIJOS	50

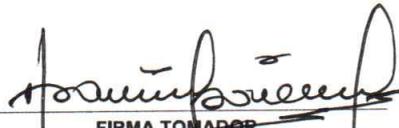
Nombre de Gestor: MAIRA ALEJANDRA MEDINA PEREZ **Código:** C804645

CLAUSULAS

Artículo 1068 del Código de Comercio-Terminación Automática del Contrato de Seguros " La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato".

PERSONA JURIDICA GRAN CONTRIBUYENTE SEGÚN RES,7714 16/12/1996. RETENEDORES DE ICA E IVA. No practicar Retención en la Fuente según artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983. Oficina Defensor del Consumidor Financiero: Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C. ; teléfono: 3438385, Fax: 3438387, e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co

SOLICITO A BBVA SEGUROS RENOVAR AUTOMÁTICAMENTE A SU VENCIMIENTO, LA PRESENTE PÓLIZA, SALVO QUE MEDIE INSTRUCCIÓN EXPRESA EN CONTRARIO


FIRMA TOMADOR


FIRMA AUTORIZADA
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT.800.240.882-0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 7 N° 71 52 Torre A Piso 12 Teléfono 2191100
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 3078080
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co

Este es un producto de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, comercializado a través del Uso de la Red del Banco BBVA Colombia S.A.

Póliza de Seguro de Vida Individual

Vida Integral Premium



Contenido

1	¿Qué te cubrimos?	3
2	¿Qué no te cubrimos?	6
3	Edades para ingresar al seguro y edades hasta las cuales existe cobertura del seguro	9
4	Prohibición de modificación unilateral	9
5	Primas y valor asegurado	10
6	Declaración del estado de salud y sanción por reticencia o inexactitud en dicha declaración	10
7	¿Cuándo se termina tu seguro?	11
8	¿Qué debes hacer en caso de siniestro?	11
9	Definiciones que debes tener en cuenta para tu seguro	12
10	Asistencias de tu producto	13

1. ¿QUÉ TE CUBRIMOS?

1.1. MUERTE

SI COMO ASEGURADO FALLECES DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ A TUS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

a. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

SI COMO ASEGURADO SUFRES UNA INCAPACIDAD QUE TE IMPIDA EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO TÚ NO LA HAYAS PROVOCADO, SE TE PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

MUY IMPORTANTE

SOLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECES O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL TE ENCUENTRES AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

b. DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN:

SI COMO ASEGURADO SUFRES ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES, SE TE PAGARÁ EL PORCENTAJE DEL VALOR ASEGURADO PREVISTO PARA CADA UNA DE ELLAS A CONTINUACIÓN:

I. POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNA MANO O DE UN PIE: EL 60% DEL VALOR ASEGURADO.

II. POR LA PÉRDIDA TOTAL O IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO: EL 60% DEL VALOR ASEGURADO.

MUY IMPORTANTE

TEN EN CUENTA QUE EL PAGO DE ESTA COBERTURA NO PUEDE SUPERAR EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.



1.3. MUERTE ACCIDENTAL:

SI COMO ASEGURADO FALLECES DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES AL ACCIDENTE EN EL QUE SUFRISTE LESIONES CORPORALES, SIEMPRE QUE LA MUERTE SEA CONSECUENCIA DE DICHAS LESIONES, SE PAGARÁ A TUS BENEFICIARIOS, EN ADICIÓN A LA COBERTURA DE MUERTE, EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

1.4. ENFERMEDADES GRAVES:

LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO, SI SE TE DIAGNOSTICA POR PARTE DE UN MÉDICO ESPECIALISTA, POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, SIEMPRE QUE HAYA TRANSCURRIDO UN PERIODO DE NOVENTA (90) DÍAS COMUNES DESDE EL INICIO DE LA VIGENCIA:

- a. **CÁNCER:** LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO Y LA DISPERSIÓN INCONTROLABLE DE CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DE TEJIDO. ESTO INCLUYE LEUCEMIA, LINFOMAS Y LA ENFERMEDAD DE HODGKIN (LINFO GRANULOMA).
- b. **ACCIDENTE CEREBROVASCULAR:** SE ENTIENDE POR TAL, EL QUE CAUSA LOS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS CORRESPONDIENTES DURANTE MÁS DE 24 HORAS. DEBE EXISTIR UNA DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO CEREBRAL CAUSADO POR TROMBOSIS, HEMORRAGIAS O EMBOLIA DE FUENTE EXTRACRANEAL, ASÍ COMO PRUEBAS DE DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE.
- c. **INSUFICIENCIA RENAL:** EL FALLO TOTAL, CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, A CONSECUENCIA DE LA CUAL HAY QUE EFECTUAR TRATAMIENTO DE DIÁLISIS O TRANSPLANTE DE RIÑÓN.
- d. **INFARTO AL MIOCARDIO:** MUERTE DEL MIOCARDIO A CONSECUENCIA DE ABASTECIMIENTO SANGUÍNEO INADECUADO, DEBIDAMENTE DOCUMENTADA CON HISTORIAL DE DOLORES DE PECHO, ELECTROCARDIOGRAMA CONFIRMATORIO DE ALTERACIONES RECIENTES Y ENZIMAS CARDÍACAS ELEVADAS. EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER CONFIRMADO CUMPLIDOS LOS 30 DÍAS COMUNES POSTERIORES A LA OCURRENCIA DEL EVENTO.
- e. **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS:** AFECCIONES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS (UNA O MÁS ARTERIAS OBSTRUIDAS) QUE REQUIERAN SER TRATADAS CON UNA OPERACIÓN DE BY PASS O PUENTE CORONARIO, POR RECOMENDACIÓN DE UN ESPECIALISTA Y EVIDENCIADA POR EL RESULTADO DE UNA ANGIOGRAFÍA PARA CORREGIR UNA ESTENOSIS U OCLUSIÓN EN LAS ARTERIAS CORONARIAS. EL RESULTADO DE LA ANGIOGRAFÍA, JUNTO CON EL INFORME MÉDICO, ESTARÁ A DISPOSICIÓN DE LA COMPAÑÍA.
- f. **ESCLEROSIS MÚLTIPLE:** ES UNA ENFERMEDAD QUE AFECTA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SE MANIFIESTA POR ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS PROGRESIVAS E IRREVERSIBLES QUE CONLLEVAN A UN ESTADO DE INCAPACIDAD SEVERA, CON DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN, INCOORDINACIÓN, DEBILIDAD E INCONTINENCIA URINARIA. DEBE CUMPLIR CON CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ESTABLECIDOS POR LA COMUNIDAD CIENTÍFICA.

- g. **TRASPLANTE DE ÓRGANO MAYOR:** ES LA IMPLANTACIÓN DE UN ÓRGANO EXTRAÍDO DE UN DONANTE HUMANO EN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, CON RESTABLECIMIENTO DE LAS CONEXIONES VASCULARES, ARTERIALES Y VENOSAS. LOS ÓRGANOS CUYO TRASPLANTE ESTÁN CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA SON LOS SIGUIENTES: HÍGADO, CORAZÓN, MÉDULA ÓSEA, PÁNCREAS, PULMÓN E INTESTINO.
- f. **GRAN QUEMADO:** QUE PRESENTE QUEMADURAS DE GRADO II Y III MAYORES AL 40% DE EXTENSIÓN CORPORAL TOTAL.

MUY IMPORTANTE

TEN EN CUENTA QUE EL PAGO DE ESTAS COBERTURAS NO SON ACUMULABLES CON LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, POR LO QUE UNA VEZ PAGADA, LA COMPAÑÍA QUEDA LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE A ESTE AMPARO Y AL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. EN RELACIÓN CON EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, EL PAGO QUE SE HAGA SERÁ UN ANTICIPO DE DICHO AMPARO.

1.5. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD ERES INTERNADO DE MODO NECESARIO Y CONTINUO EN UN CENTRO HOSPITALARIO, SE TE PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA PREVISTA POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN, TENIENDO EN CUENTA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- a. LA HOSPITALIZACIÓN DEBE SER POR MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS Y POR ORDEN DE UN MÉDICO EN EJERCICIO.
- b. DEBE SER EN UNA CLÍNICA U HOSPITAL LEGALMENTE HABILITADO PARA ELLO O BAJO LA MODALIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.
- c. LOS PAGOS POR CADA HOSPITALIZACIÓN NO EXCEDERÁN TREINTA (30) DÍAS, ENTENDIENDO COMO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN LA ESTANCIA QUE INCLUYE LA NOCHE.
- d. LOS PERIODOS SUCESIVOS DE HOSPITALIZACIÓN DEBIDO A LAS MISMAS CAUSAS RELACIONADAS ENTRE SÍ, SE CONSIDERAN COMO RESULTANTES DEL MISMO ACCIDENTE O DE LA MISMA ENFERMEDAD, CASO EN EL CUAL SE INDEMNIZARÁ COMO MÁXIMO LAS PRIMERAS DOS (2) HOSPITALIZACIONES, HASTA POR EL TIEMPO FIJADO POR EL MÉDICO TRATANTE, SIN EXCEDER EN CONJUNTO DE CIENTO VEINTE (120) DÍAS. PASADOS SEIS (6) MESES SIN INTERNAMIENTO ALGUNO DESPUÉS DE HABER TERMINADO UN PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN, LOS PERIODOS SUBSIGUIENTES SE CONSIDERAN COMO UN NUEVO RECLAMO.



1.6. REPATRIACIÓN O TRANSPORTE DE RESTOS MORTALES

SI LA PERSONA FALLECIDA SE ENCUENTRA FUERA DEL PAÍS Y SUS FAMILIARES DESEAN TRASLADARLO A SU LUGAR DE DOMICILIO HABITUAL EN COLOMBIA, LA COMPAÑÍA ASESORARÁ A LA FAMILIA Y REALIZARÁ LOS TRÁMITES PARA LA REPATRIACIÓN DEL ASEGURADO FALLECIDO, LO CUAL INCLUYE:

- a. TRÁMITES LEGALES Y TRASLADOS LOCALES PARA LA REPATRIACIÓN A COLOMBIA.
- b. COFRE METÁLICO SEGÚN REGLAMENTACIÓN VIGENTE PARA SU TRASLADO AL LUGAR DE DESTINO.
- c. TRASLADO AÉREO EN VUELO REGULAR DE AEROLÍNEA COMERCIAL HASTA EL AEROPUERTO DE INGRESO AL PAÍS DE RESIDENCIA PERMANENTE DEL BENEFICIARIO.
- d. SERVICIO DE CREMACIÓN Y REPATRIACIÓN DE CENIZAS.

2. ¿QUÉ NO TE CUBRIMOS?

RESPECTO DE NINGUNO DE LOS AMPAROS SE TE CUBRIRÁ EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO OCASIONADO POR SUICIDIO, VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE, ACONTECIDO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DEL SEGURO, NI TAMPOCO CUALQUIER ENFERMEDAD O DOLENCIA QUE TENGA RELACIÓN DIRECTA DE CAUSALIDAD CON UNA TENTATIVA DE SUICIDIO.

2.1. NO SE CUBRE, RESPECTO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

- a. LAS LESIONES PRODUCIDAS INTENCIONALMENTE POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO O POR LOS BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA, LO MISMO QUE LA TENTATIVA DE SUICIDIO, SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE.
- b. CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS.
- c. USO DE PLANEADORES, COMETAS O ALAS DELTA.
- d. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA.
- e. LOS ACTOS CAUSADOS POR INOBSERVANCIA DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER PENAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- f. ENCONTRÁNDOSE EN FORMA VOLUNTARIA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINÓGENOS Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA DEL SINIESTRO.

2.2. NO SE CUBRE, RESPECTO DEL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL:

- a. CUALQUIER CLASE DE ENFERMEDAD.
- b. HOMICIDIO O SU TENTATIVA.
- c. SUICIDIO SEA ESTE VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE O LA TENTATIVA DE SUICIDIO VOLUNTARIO O INVOLUNTARIO, CONSCIENTE O INCONSCIENTE, EN CUALQUIER MOMENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- d. CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS.
- e. USO DE PLANEADORES, COMETAS O ALAS DELTA.
- f. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ANTE LA FUERZA MILITAR, NAVAL, AÉREA O DE LA POLICÍA.
- g. LOS ACTOS CAUSADOS POR VIOLACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER PENAL.
- h. RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE FISIÓN NUCLEAR, O FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD.
- i. ENCONTRÁNDOSE EN FORMA VOLUNTARIA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINÓGENOS Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA DE LA INVALIDEZ.
- j. CUANDO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE, SALVO QUE VIAJE DE PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

2.3. NO SE CUBRE RESPECTO DEL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES:

- a. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR, BAJO CUALQUIER NOMBRE, QUE SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO AUTORIZADO, SEA ESTA SINTOMÁTICA O ASINTOMÁTICA.
- b. LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA, DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DEL SIDA CON RESULTADO POSITIVO.

- c. CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LO ANTERIOR.
- d. CÁNCER DE SENO O DE CUELLO DE LA MATRIZ.
- e. TUMORES DE LA PIEL, SALVO QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS.
- f. CÁNCER IN SITU NO INVASIVO.
- g. TENTATIVA DE SUICIDIO.
- h. CUANDO LA ENFERMEDAD HA SIDO DIAGNOSTICADA O SI SE HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR ELLA ANTES DEL INICIO DE LA COBERTURA.

2.4. NO SE CUBRE, RESPECTO DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:

- a. ABORTO.
- b. EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA O CUALQUIER CASO CUANDO HAYA INDICIOS OBJETIVOS DE DETERIORO EN EL ESTADO DE SALUD NORMAL, EXÁMENES DE LABORATORIO O RAYOS X, EXCEPTO EN EL CURSO DE UNA DOLENCIA COMPROBADA MEDIANTE LA PARTICIPACIÓN DE UN MÉDICO Y QUE ESTÉ CUBIERTA POR EL AMPARO.
- c. LESIONES INTENCIONALMENTE INFRINGIDAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO, O INTENTO DE SUICIDIO O CUALQUIER ACTO RELACIONADO CON TALES SUCESOS.
- d. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, EXCEPTO LA QUE FUERE MOTIVADA POR EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE CUBIERTO.
- e. ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y LOS TRASTORNOS QUE SOBREVENGAN POR TALES ANOMALÍAS, O SE RELACIONEN CON ELLAS.
- f. CUALQUIER DESORDEN MENTAL, NERVIOSO O CURAS DE REPOSO.
- g. HAYA PARTICIPADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE EN TALES HECHOS.
- h. TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.
- i. HOSPITALIZACIONES CUANDO EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRA BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
- j. TODO CUIDADO AMBULATORIO PROVISTO EN EL CONSULTORIO DE UN MÉDICO, CLÍNICA U HOSPITAL.

2.5. No se cubre, respecto del amparo de repatriación o transporte de restos mortales:

- a. GASTOS DE FÉRETRO DEFINITIVO, TRÁMITES FUNERARIOS Y TRASLADOS DENTRO DEL PAÍS DE RESIDENCIA E INHUMACIÓN.

3. Edades para ingresar al seguro y edades hasta las cuales existe cobertura del seguro

Ten en cuenta las siguientes edades de ingreso y permanencia en el seguro:

Amparo	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Básico muerte	18 años	Un día antes de cumplir los 65 años de edad	Un día antes de cumplir los 70 años de edad
Incapacidad total y permanente Muerte accidental Enfermedades graves Renta diaria por hospitalización	18 años	Un día antes de cumplir los 65 años de edad	Un día antes de cumplir los 65 años de edad
Repatriación o transporte de restos mortales	18 años	Un día antes de cumplir los 65 años de edad	Un día antes de cumplir los 70 años de edad

4. Prohibición de modificación unilateral

BBVA Seguros no podrá hacer modificaciones unilaterales de tu seguro, ni exigirte condiciones previas para el inicio o permanencia de los amparos de tu póliza, conforme al Parágrafo 1. Art. 2.31.2.2.2 del D. 2555 de 2010.

5. Primas y valor asegurado

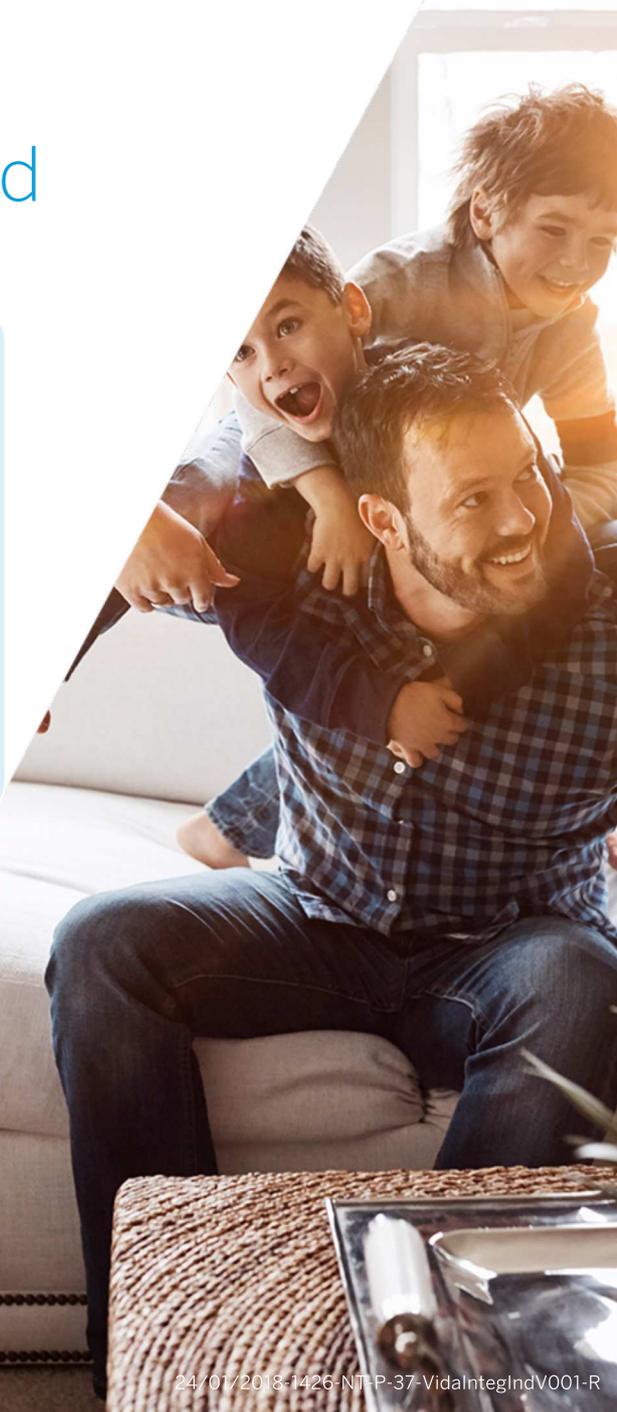
El valor asegurado, y por consiguiente el valor de la respectiva prima del seguro, se reajustará en la renovación de cada certificado con base en el IPC del año inmediatamente anterior fijado por el DANE, edad alcanzada y de acuerdo a las tarifas que se encuentren vigentes al momento de la renovación.

6. Declaración del estado del riesgo y sanción por reticencia o inexactitud en dicha declaración

MUY IMPORTANTE

Ten en cuenta que tienes la obligación legal de declarar sinceramente tu estado de salud, así como todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, independientemente de que la compañía decida o no practicar exámenes médicos.

Así mismo, debes saber que en caso de faltar a la verdad en dicha declaración o en caso de omitir hechos relevantes que hubiesen llevado a LA COMPAÑÍA a no asegurarte o a hacerlo en condiciones más onerosas, no habrá lugar al pago de indemnización alguna.



7. ¿Cuándo termina tu seguro?

En adición a las causales que fija la ley, tu seguro terminará:

- Por el cumplimiento de la edad máxima de permanencia.
- Por muerte del asegurado, o por el pago total del valor asegurado respecto de las coberturas de incapacidad total y permanente o desmembración.

8. ¿Qué hacer en caso de siniestro?

Reporta fácil y en línea tu siniestro mediante:

Correo electrónico: siniestros.co@bbva.com
Línea a nivel nacional: 018000934020
Línea en Bogotá: 3078080

Si reportas tu siniestro por medio del correo electrónico mencionado anteriormente, para mayor agilidad y claridad te recomendamos que en el asunto identifiques tu correo como: Aviso de Siniestro, nombre de producto a reclamar, número de la póliza a reclamar, nombre completo del cliente y número del documento de identificación.

En este correo haz una breve descripción de los hechos que generaron el evento o la pérdida, donde nos dejes claro la fecha y lugar de ocurrencia.

Sin perjuicio de la libertad probatoria que les asiste, podrán acompañar los siguientes documentos, teniendo en cuenta el amparo presentado:

Documentos*	Fallecimiento	Incapacidad Total o Permanente	Enfermedad grave
Registro Civil de Defunción	X		
Acta de Levantamiento del Cadaver (Muerte accidental)	X		
Epicrisis sobre la causa del fallecimiento	X		
Calificación de la incapacidad (Emitida por EPS, ARL, AFP o la Junta Médica Regional o Nacional)		X	
Diagnóstico de la enfermedad grave, expedido por el médico especialista			X
Certificado médico actualizado donde conste la desmembración (Si aplica)		X	
Documentos de los beneficiarios de ley (Demostrando parentesco)	X	X	X
Cerficación de la clínica de la hospitalización (Aplica para renta diaria de hospitalización)	X		

*BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. se reserva el derecho de solicitar cualquier documento necesario para el trámite de la reclamación.

Una vez recibidos los documentos necesarios, LA COMPAÑÍA emitirá su decisión dentro de los 10 días hábiles siguientes.

9. Definiciones que debes tener en cuenta para tu Seguro

Para tener un mejor conocimiento de este seguro, resaltamos las siguientes definiciones:

ASEGURADO:

Es el cliente titular del seguro.

BENEFICIARIO:

Persona, natural o jurídica, a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.

PRIMA:

Costo final del seguro.

VALOR ASEGURADO:

Tope máximo por el cual se paga por la ocurrencia del suceso. Se encuentra reflejado, para cada amparo, en la carátula de la póliza del seguro.

SINIESTRO:

Realización de la eventualidad prevista por el presente contrato de seguro que da origen al pago de la indemnización.

TOMADOR:

Persona que por cuenta propia o ajena traslada el riesgo.

PÉRDIDA (DE UN ÓRGANO):

Para este seguro es: (i) Para la mano: la amputación quirúrgica o traumática por la muñeca o por encima de ella; (ii) Para el pie: la amputación quirúrgica o traumática por el tobillo o por encima de él.

INUTILIZACIÓN:

Para este seguro es la pérdida funcional total.

ACCIDENTE:

Para este seguro es un hecho externo, visible y fortuito que no depende de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, que ocurra durante la vigencia del seguro y que produzca, en la integridad física del asegurado, lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas.



10. Asistencias de tu producto

Te garantizamos la puesta a disposición de una ayuda material inmediata, en forma de prestación económica o de servicios, de acuerdo con los términos y condiciones consignados en el presente anexo y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo.

Se deja establecido que el servicio que prestará la compañía a través de sus proveedores de asistencia, es de medio y no de resultado, y estará sujeto a las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

DEFINICIONES

1. Tomador

Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al asegurado.

2. Asegurado

Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato.

ÁMBITO TERRITORIAL

La asistencia se te prestará en las ciudades que se encuentren en el casco urbano con nomenclatura de las ciudades de:

- Bogotá D.C.
- Medellín
- Cali
- Bucaramanga
- Pereira
- Cúcuta
- Popayán
- Manizales
- Barranquilla
- Cartagena
- Armenia
- Santa Marta
- Villavicencio

(Excepto la asistencia fitness que solo aplica para las ciudades detalladas en su cobertura).

COBERTURAS

1. Asistencia Fitness

Esta cobertura aplica para:

- Bogotá, D.C.
- Medellín
- Cali
- Barranquilla
- Bucaramanga
- Pereira
- Manizales
- Armenia
- Cartagena

- Evaluación médica: Evaluación médica a domicilio.
- Diseño de un plan de entrenamiento personal: Asesoría personalizada para el plan de entrenamiento personal y seguimiento a dos rutinas de ejercicios.
- Apoyo nutricional: Ajustado a la evaluación médica y al plan de acondicionamiento físico personalizado, se realizará un apoyo nutricional telefónico.
- Promoción de actividades físicas: Información telefónica sobre eventos deportivos, promociones, descuentos entre otros.
- Asesoría para la compra de equipos de gimnasia para el hogar.

2. Traslado al aeropuerto:

La compañía se encargará de coordinar el servicio de traslados al aeropuerto por motivo de viaje del asegurado, solamente deberá ser solicitado con dos horas de antelación. El límite de eventos es de dos por vigencia.

3. Pérdida, hurto o destrucción de equipaje y/o efectos personales

(Aplica solo para viajes internacionales) Si sufrieras la pérdida, hurto o destrucción de tu equipaje y/o efectos personales durante tu transporte en aerolínea comercial, la compañía te reconocerá como indemnización hasta el límite establecido en el cuadro de coberturas descrito a continuación:

- Teléfono móvil: **Hasta 250 dólares**
- Maletín: **Hasta 250 dólares**
- Resto de equipaje o efectos personales: **500 dólares**
- Portátil: **Hasta 500 dólares**
- Gafas: **150 dólares**

Condiciones para la indemnización:

- La aerolínea comercial debe haberse responsabilizado por la pérdida del equipaje.
- El asegurado debe informar a la línea de asistencia de la compañía la pérdida o el daño del equipaje dentro de las 24 horas siguientes a la finalización de vuelo.

El asegurado debe presentar los siguientes documentos:

Pérdida de equipaje: fotocopia de la denuncia ante la aerolínea y el recibo de equipaje entregado por la aerolínea durante el check-in.

Pérdida o hurto de los efectos personales: denuncia ante las autoridades pertinentes.

EXCLUSIONES

No son objeto de la cobertura, las prestaciones y hechos siguientes:

- a. Los servicios que el beneficiario haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la Compañía; salvo en caso de fuerza mayor, según su definición legal, que le impida comunicarse con la Compañía.

Quedan excluidas de la cobertura, las consecuencias de los hechos siguientes:

- a. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, etc.
- b. Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
- c. Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de hechos de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad.
- d. Los derivados de la energía nuclear radiactiva.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

En caso de evento cubierto por el presente anexo, deberás solicitar siempre la asistencia por teléfono, debiendo indicar su nombre, el destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de la póliza del seguro, el lugar dónde se encuentra, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

En cualquier caso no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencias prestadas por servicios ajenos a esta Compañía.

LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El proveedor de servicios responde por los riesgos amparados de conformidad a la definición que de los mismos trae el presente contrato.

En consecuencia no será responsable de coberturas adicionales, de hechos fortuitos que sobrevengan en el desarrollo de la prestación de los servicios por parte de los proveedores, ni de los hechos preexistentes a dicha prestación.

REEMBOLSOS

Deberás solicitar, antes de contratar de manera particular, un servicio cubierto por el presente anexo, una autorización de la compañía, la cual deberás pedir por teléfono, a cualquiera de los números indicados para prestar la asistencia, debiendo indicar tu nombre, el nombre del destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de la póliza del seguro, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

Una vez recibida la solicitud previa, la compañía dará al asegurado un código de autorización con el cual deberá remitir las facturas originales de los desembolsos realizados, a la dirección que le sea informada en el momento de recibir dicha autorización.

De cualquier manera, la compañía se reserva el derecho de prestar directamente la asistencia objeto del presente anexo en aquellas ciudades donde a su propio juicio lo estime conveniente.



Todo lo no previsto en esta póliza se regulará por las disposiciones del Código de Comercio.

Para mayor información de nuestros productos y servicios, puedes comunicarte al **01 8000 934 020** a nivel nacional, al **307 8080** en Bogotá, para asistencia al **#370** desde un celular, escribirnos al buzón **clientes@bbvaseguros.com.co** o ingresar a nuestra página web **www.bbvaseguros.com.co**



I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 48 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006	Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA	

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante NO APLICA	Parentesco NINGUNO	Direccion ...	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13370885	Fecha de Atencion 2021/10/15	Medico IVAN J PEREIRA	Especialidad SALUD OCUPACIONAL
Motivo de la Consulta CONSULTA TELEFONICA DEBIDO A PANDEMIA SARS COV2			
Enfermedad Actual PACIENTE FEMENINA, 48 AÑOS DE EDAD, MANIFIESTA CUADRO CLINICO DE 5 MESES DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR DOLOR PROGRESIVO EN HOMBRO DERECHO, ASOCIADO A DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDADES, ACTUALMENTE BAJO SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA.			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	M754	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	1	IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo		CONSIDERANDO CUDRO CLINICO, SUGIERO REALIZAR EVALUACION MEDICA PRESENCIAL. POR LO TANTO DE CITA ABIERTA PRESENCIAL

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 48 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006	Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA	

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante X	Parentesco NINGUNO	Direccion CALLE 24 N° 19 B-03 B. PORVEN	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion CALLE 24 N° 19 B-03 B. PORVEN	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13404527	Fecha de Atencion 2021/11/03	Medico LUIS MIGUEL MARTINEZ MONTES	Especialidad SALUD OCUPACIONAL
Motivo de la Consulta SEGUIMIENTO(CITA TELEFONICA)			
Enfermedad Actual DOCENTE ACUSA AGUDIZACION DE HOMBRO DERECHO; REFIERE LIMITA MOVIMIENTO Y ACTIVIDADES; ACTLAMNETE REALIZA TERAPIA ; PENDIENTE BLOQUEO; PENDIENTE ESTUDIO DE RMN EN HOMBRO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA.SUGIERE SE CONSIDERE INCAPACIDAD DE UNOS DIAS DEBIDO A LA INTENSIDAD DEL DOLOR. NO REFIERE ANTECEDENTES DE TRAUMATISMOS REALCIONADO			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	M754	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo		SE EMITE INCAPACIDAD POR 10 DIAS / SEGUIR CONTROLES CON DR PEREIRA

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ		Tipo De Vinculacion COTIZANTE	
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 49 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante X	Parentesco NINGUNO	Direccion B. UEVO CAMPO ALEGRE (LORICA)	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion B. UEVO CAMPO ALEGRE (LORICA)	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13584170	Fecha de Atencion 2022/01/06	Medico LUIS MIGUEL MARTINEZ MONTES	Especialidad SALUD OCUPACIONAL
Motivo de la Consulta SEGUIMIENTO (CITA TELEFONICA)			
Enfermedad Actual EDAD: 48 AÑOS.AREA: RECTORA; IED: ANTONIO DE LA TORRE MIRANDA (LORICA -CORDOBA); FV: 2006; ESC: 3DD. RMN DE HOMBRO DERECHO (04112021).CONCLUSION: TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO; TENESINOVITIS TENDÓN LARGO DEL BICEPS; CAMBIOS OSTEOCONDROTICOS DEL HUMERO; BURSISTIS SUBACROMIAL Y SUBDELTOIDEA. DR CARLOS JULIO TOVAR.EMG/NC DE MMSS.(07122021).NEUROPATIA FOCALIZADA DEL NERVI0 MEDIANO DERECHO CON GRADO DE CPMRESION LEVE.DR FRANCISCO MAZENETT.ECOGRAFIA ARTICULAR DEHOMBRO DERECHO DE FECHA 29/07/2021.TENDINOSI DEL SUPRAESPINOZO.DR LUIS GABRIEL GOENAGA.. ACUSA MOLESTIAS RECURRENTE; AUNQUE HA MEJORADO UN POCO.ACTUALMENTE EN TERPIA DE REHABILITACION			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografía	Resultado Mamografía				
Fecha Ultima Citología	Resultado de la Citología			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citología					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	S460	TRAUMATISMO DEL TENDON DEL MANGUITO ROTATORIO DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 1	G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	2	CONFIRMADO NUEVO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo		SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTAS TRATANTES/ CITA ABIERTA CON MEDICINA LABORAL/ INCAPACIDAD POR DIAS

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 49 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante X	Parentesco NINGUNO	Direccion XXXXXXXXXX	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion XXXXXXXXXX	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13651979	Fecha de Atencion 2022/01/28	Medico LUIS MIGUEL MARTINEZ MONTES	Especialidad SALUD OCUPACIONAL
Motivo de la Consulta SEGUIMIENTO (CITA TELEFONICA)			
Enfermedad Actual VALORACION POR ORTOPEDIA DE FECHA 27/01/2022.DXS: M754,M751,G560. VALORACION OR CX DE HOMBRO, VALORACION POR CX DE MANO. DR RAFAEL PEREZ RADA. CERTIFICACION DE FISOTERPIA DE FECHA 27/01/2022.ALFINALIZAR LAS SESIONES AUN CONTINUA CON EL DOLOR DE LA ZONA AFECTADA POR LO CUAL SE RECOMIENDA , TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO POR PARTE DE ESPECIALISTA DE HOMBRO, ACORDE CON LOS RESULTADOS E RMN Y EMG. DRA MARIA IES DE LEON MARTINEZ			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	M754	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 1	M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Diagnostico Relacionado2	G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS (60 DIAS)/ CONTROL EN 30 DIAS/ SE ESPERA VALORACION POR CX MANO , CX DE HOMBRO	

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ		Tipo De Vinculacion COTIZANTE	
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 49 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante X	Parentesco NINGUNO	Direccion VEREDA NUEVO CAMPO ALEGRE(LOR	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion VEREDA NUEVO CAMPO ALEGRE(LOR	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13818931	Fecha de Atencion 2022/03/30	Medico LUIS MIGUEL MARTINEZ MONTES	Especialidad SALUD OCUPACIONAL
Motivo de la Consulta SEGUIMIENTO (CITA PRESENCIAL)			
Enfermedad Actual VALORACION POR PSICOLOGIA DE FECHA 07/03/2022.TE FEMENINO DE 48 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ESTRES. RECIBE LLAMADO EN CONDICIONES ANIMICAS REGULARES MANIFIESTA QUE EN LOS ULTIMOS DIAS ESTUVO RECORDANDO LAS AMENAZAS DE LAS QUE FUE VICTIMA EN SU ANTIGUO LUGAR DE TRABAJO POR GRUPOS AL MARGEN DE LA LEY POR ELLO FUE TRASLADADA. ESTOS SUCESOS GENERAN EN ELLA NERVIOSISMO, ANGUSTIA, SENSACION DE PERSECUCION Y PELIGRO, INSOMNIO. DURANTE LA SESION SE EVIDENCIA QUE LA PTE ESTA ATRAVESANDO LA MISMA SITUACION CON SUS COMPALEROS ACTUALES AL SER RECTORA PESE A ESTAR INCAPACITADA. SE REALIZA PSICOTERAPIA. DXS: F438, F432. DRA KRISTEL LUBO. FUE REMITIDA POR PSIQUIATRIA.. REFIERE QUE ACTUALNETE REALIZA TERAPIA FISICA EN FORMA PARTICULAR , POR LA DEMORA EN EL AGENDAMIENTO POR PARTE DE EPS.			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO			
Efectos Presentados por el uso del Metodo					
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO
Varices NO					

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	M754	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 1	M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Diagnostico Relacionado2	G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
Diagnostico Relacionado3	F438	OTRAS REACCIONES AL ESTRES GRAVE
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS (120 DIAS)/ CONTROL EN 30 DIAS	

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 49 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante X	Parentesco NINGUNO	Direccion CALLE 3 # 30 C 28. LORICA	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion CALLE 3 # 30 C 28. LORICA	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13717136	Fecha de Atencion 2022/02/28	Medico LUIS MIGUEL MARTINEZ MONTES	Especialidad SALUD OCUPACIONAL
Motivo de la Consulta SEGUIMIENTO (CITA PRESENCIAL)			
Enfermedad Actual DOCENTE MANIFIESTA PERSISTENCIA DE SINTOMAS ; DOLOR Y LIMITACION DE LOS MOVIMIENTO DEL HOMBRO DERECHO; DOLOR EN MANO DRECHA. PENDIENTE TERMINAR TERAPIA FISICA DE HOMBRO; PENDIENTE VALORACION POR CX DE MANO ; PENDIENTE VALORACION POR CX DE HOMBRO			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografía	Resultado Mamografía				
Fecha Ultima Citología	Resultado de la Citología			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citología					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
Diagnostico Relacionado 1	M754	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTAS TRATANTES/ PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS (90 DIAS)/ CONTROL EN 30DIAS	

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 49 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante X	Parentesco NINGUNO	Direccion cra 19 n° 11-d. 53 santa marta	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion cra 19 n° 11-d. 53 santa marta	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13955312	Fecha de Atencion 2022/06/22	Medico LUIS MIGUEL MARTINEZ MONTES	Especialidad SALUD OCUPACIONAL
Motivo de la Consulta SEGUIMIENTO (CITA PRESENCIAL)			
Enfermedad Actual PENDIENTE CITA CON CX DE MANO; PENDIENTE CX DE HOMBRO; PENDIENTE CITA CON PSICOLOGIA			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	M754	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 1	M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Diagnostico Relacionado2	G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
Diagnostico Relacionado3	F438	OTRAS REACCIONES AL ESTRES GRAVE
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS (180 DIAS)/ CONTRO EN 30 DIAS/ PENDIENTE APORTAR INFORMEACION DE ESPECIALISTAS	

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ		Tipo De Vinculacion COTIZANTE	
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 49 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante X	Parentesco NINGUNO	Direccion CRA 19B # 11D-53 SANTA MARTA	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion CRA 19B # 11D-53 SANTA MARTA	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 14003841	Fecha de Atencion 2022/08/03	Medico LUIS MIGUEL MARTINEZ MONTES	Especialidad SALUD OCUPACIONAL
Motivo de la Consulta SEGUIMIENTO (CITA PRESENCIAL)			
Enfermedad Actual VALORACION POR PSICOLOGIA (03082022).PTE FEMENINO DE 48 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ESTRES. ACUDE A CONTROL EN CONDICIONES ANIMICAS DESFAVORABLES YA QUE PERSISTE SUS CRISIS DE ANSIEDAD SE HAN AGUDIZADO POR LO CUAL TIENE DISCREPANCIAS CON SUS HIJOS Y SUS FAMILIARES. SE EVIDENCIA SENSACION DE ANGUSTIA, DESESPERO, DESANIMO YA QUE NO HA PODIDO SER VALORADA POR POSIQUIATRIA Y NO TIENE MEDICACION. SE REALIZA INTERVENCION EN CRISIS.DXS: F438, F432. DRA KRISTEL LUBO. DOCENTE CUMPLIENDO 180 DIAS DE INCAPACIDAD ; PENDIENTE PROCESAMIENTO QX DE HOMBRO.			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografía	Resultado Mamografía				
Fecha Ultima Citología	Resultado de la Citología			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citología					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	M754	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 1	M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Diagnostico Relacionado2	G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
Diagnostico Relacionado3	F438	OTRAS REACCIONES AL ESTRES GRAVE
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo		CALIFICACION DE PCL/ SE EMITE INCAPACIDAD POSTCALIFICACION POR 90 DIAS

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 49 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante X	Parentesco NINGUNO	Direccion cra 19 # 11-d-53.san francisco	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion cra 19 # 11-d-53.san francisco	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13887249	Fecha de Atencion 2022/04/29	Medico LUIS MIGUEL MARTINEZ MONTES	Especialidad SALUD OCUPACIONAL
Motivo de la Consulta SEGUIMIENTO (CITA PRESENCIAL)			
Enfermedad Actual VALORACION POR ORTOPEDIA DE FECHA 26/04/2022. PACINTE CON ARTROPATIA INFLMATORIA SIN RESPUESTA A TRATAMIENTO MEDICO , PINZAMIENTO Y TENDONOSIS POR RMN ACROMION GANCHOSO. SE REQUIERE ARTROSCOPIA ; SE SOLICITAN PRE OPERATORIO. DR JOSE JOAQUIN JIMENEZ.VALORACION POR CX D EMANO DE FECHA 25/04/2022. PACIENTE CON ANTECEDENTES DE PARESTESIA Y DOLOR EN MANO DERECHA , EN TRATAMIENTO CON FERULA NOCTURNOS Y TERAPIA FISICA. ADICIONALMENTE CON DOLOR EN HOMBRO DEECHO POR LO CUAL ORDENAN CABESTRILLO. ANALAISIS : SE RECOMEINDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS; CONTINUAR FISIOTERAPIA, LAS CUALES AUN NO HA REALIZADO Y UTILIZAR FERULA TIPO BRACE UNIVERSAL.DX. SINDROME DE TUNEL DEL ACRPO. DR CARLOS ALBERTO MORALES VELA			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	M754	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 1	M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Diagnostico Relacionado2	G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
Diagnostico Relacionado3	F438	OTRAS REACCIONES AL ESTRES GRAVE
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 30 DIAS (150 DIAS)/CONTROL EN 30 DIAS / PENDIENTE PROCEDIMIENTO QX	

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 48 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante .	Parentesco NINGUNO	Direccion .	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion .	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13285091	Fecha de Atencion 2021/09/14	Medico KRISTEL LUBO	Especialidad PSICOLOGIA
Motivo de la Consulta TELECONSULTA-VALORACION			
Enfermedad Actual PTE FEMENINO DE 48 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE A CONSULTA PARA MANEJO DE SÍNTOMAS ASOCIADOS A ESTRÉS. RECIBE LLAMADO ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE Y JUICIO CONSERVADO, EN CONDICIONES ANÍMICAS REGULARES. ES RECTORA DE UNA INSTITUCION PUBLICA. REFIERE QUE EN EL 2013 VIVIÓ UN EPISODIO DE AMENAZA EN SU LUGAR DE TRABAJO LO QUE LA LLEVO A SUFRIR DE CLAUSTROFOBIA. REFIERE QUE SE SIENTE ANGUSTIADA POR LAS RESPONSABILIDADES LABORALES QUE LE CORRESPONDEN DESENCADENANDO EN ELLA SENSACION DE AGOTAMIENTO, DESANIMO, ANGUSTIA, DIFICULTADES PARA CONCENTRARSE HE INSOMNIO. SE REALIZA INTERVENCION EN CRISIS DEBIDO AL MALESTAR EMOCIONAL QUE PRESENTA LA PTE.			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	F438	OTRAS REACCIONES AL ESTRES GRAVE
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	1	IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo		PSICOTERAPIA

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ		Tipo De Vinculacion COTIZANTE	
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 48 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante .	Parentesco NINGUNO	Direccion .	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion .	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13306878	Fecha de Atencion 2021/09/23	Medico KRISTEL LUBO	Especialidad PSICOLOGIA
Motivo de la Consulta TELECONSULTA-CONTROL			
Enfermedad Actual PTE FEMENINO DE 48 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE A CONSULTA PARA MANEJO DE SÍNTOMAS ASOCIADOS A ESTRÉS. RECIBE LLAMADO EN CONDICIONES ANÍMICAS REGULARES. SE ANALIZA EL EJERCICIO DEJADO LA SESIÓN PASADA DONDE SE EVIDENCIAN COMO FACTORES ESTRESORES LA SALUD DE SU HIJO QUIEN AL PARECER ESTÁ MEJORANDO CON EL TTO QUE HA ESTADO RECIBIENDO ÚLTIMAMENTE. A NIVEL LABORAR SE ENCUENTRA NERVIOSA DEBIDO A QUE LE CORRESPONDIÓ LLAMARLE LA ATENCIÓN A UN PERSONAL ASOCIADO MAL DESEMPEÑO POR LO CUAL ES VÍCTIMA DE HOSTIGAMIENTO Y SEÑALAMIENTOS MAL INTENCIONADOS EN CONTRA DE SU PERSONA. SE ORIENTA LA SESIÓN HACIA EL REFUERZO DE MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO PARA MINIMIZAR LOS FACTORES ESTRESANTES			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografía	Resultado Mamografía				
Fecha Ultima Citología	Resultado de la Citología			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citología					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	F438	OTRAS REACCIONES AL ESTRES GRAVE
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	PSICOTERAPIA	

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 48 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante .	Parentesco NINGUNO	Direccion -	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion -	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13444241	Fecha de Atencion 2021/11/27	Medico KRISTEL LUBO	Especialidad PSICOLOGIA
Motivo de la Consulta TELECONSULTA			
Enfermedad Actual NO SE PUDO ESTABLECER COMUNICACION CON LA PTE POR CONSIGUIENTE SE DEJA ORDN DE REPROGRAMACION			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografía	Resultado Mamografía				
Fecha Ultima Citología	Resultado de la Citología		Fecha Ultimo Parto		
Descripcion del resultado de la Citología					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	Z719	CONSULTA- NO ESPECIFICADA
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	1	IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo		REPROGRAMACION DE CONSULTA

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 49 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante .	Parentesco NINGUNO	Direccion .	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion .	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13717109	Fecha de Atencion 2022/02/08	Medico KRISTEL LUBO	Especialidad PSICOLOGIA
Motivo de la Consulta TELECONSULTA- CONTROL			
Enfermedad Actual PTE FEMENINO DE 48 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ESTRES. RECIBE LLAMADO EN CONDICIONES ANIMICAS REGULARES YA QUE SUS DOLORS NO DISMINUYEN. REFIERE QUEPRESENTA LLANTO, ANGUSTIA, DESESPERO YA QUE NO SE HA DESLIGADO COMPLETAMENTE DE SU CARGO PESE A ESTAR INCAPACITADA; ASI MISMO, SE ENCUENTRA A LA ESPERA DE LA VALORACION POR EL ESPECIALISTA PARA DECIDIR PROCEDIMIENTO A SEGUIR CON EL FIN DE MEJORAR SUS CRISIS DE DOLOR. DURANTE LA SESION SE EVIDENCIA AFECTACION DEL PASADO RELACIONADA CON UNA SITUACION DE AMENAZA QUE SE PRESENTO EN SU ANTIGUO LUGAR DE TRABAJO. SE REALIZA PSICOTERAPIA ENCAMINADA A LOS MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO
----------------------------	----------------------------	---------------------------------------------------

Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	F438	OTRAS REACCIONES AL ESTRES GRAVE
Diagnostico Relacionado 1	F432	TRASTORNOS DE ADAPTACION
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo		PSICOTERAPIA

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 49 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante .	Parentesco NINGUNO	Direccion .	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion -	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13841477	Fecha de Atencion 2022/03/30	Medico KRISTEL LUBO	Especialidad PSICOLOGIA
Motivo de la Consulta TELECONSULTA-CONTROL			
Enfermedad Actual NO SE PUDO ESTABLECER COMUNICACION CON LA PTE POR CONSIGUIENTE SE DEJA ORDEN DE REPROGRAMACION.			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO
----------------------------	----------------------------	---------------------------------------------------

Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	Z719	CONSULTA- NO ESPECIFICADA
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	1	IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo		REPROGRAMACION DE TELECONSULTA

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 49 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante .	Parentesco NINGUNO	Direccion .	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion .	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 14003677	Fecha de Atencion 2022/08/03	Medico KRISTEL LUBO	Especialidad PSICOLOGIA
Motivo de la Consulta CONTROL			
Enfermedad Actual PTE FEMENINO DE 48 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ESTRES. ACUDE A CONTROL EN CONDICIONES ANIMICAS DESFAVORABLES YA QUE PERSISTE SUS CRISIS DE ANSIEDAD SE HAN AGUDIZADO POR LO CUAL TIENE DISCREPANCIAS CON SUS HIJOS Y SUS FAMILIARES. SE EVIDENCIA SENSACION DE ANGUSTIA, DESESPERO, DESANIMO YA QUE NO HA PODIDO SER VALORADA POR POSIQUIATRIA Y NO TIENE MEDICACION. SE REALIZA INTERVENCION EN CRISIS.			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO
----------------------------	----------------------------	---------------------------------------------------

Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	F438	OTRAS REACCIONES AL ESTRES GRAVE
Diagnostico Relacionado 1	F432	TRASTORNOS DE ADAPTACION
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo		PENDIENTE CITA POR PSIQUIATRIA. / PSICOTERAPIA

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ		Tipo De Vinculacion COTIZANTE	
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 48 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante S	Parentesco NINGUNO	Direccion S	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion S	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13206759	Fecha de Atencion 2021/08/13	Medico RAFAEL JOSE PEREZ RADA.	Especialidad ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA
Motivo de la Consulta DOLRO EN EL HOMBRO			
Enfermedad Actual SE EXPLICA LA PACIENTE MODALIDAD DE CONSULTA Y LO QUE LE PEDE OFRECER ESTE TIPO DE CONSULTA SOLO POR EL INTERROGATORIO QUE NO PUEDE VALORARSE POR LO QUE SI SU CONDICION NESECITA VALORACION PERSONAL ESTA SERA REPROGRAMADA BAJO EXTRICTA DE BIOSEGURIDAD CONDICIONES DE SALUD PUBLICA NACIONAL EL PACIENTE CONCIENTE Y ENTENDIENDO LO ANTERIOR ACEPTA LA CONSULTA CUADRO CLINICO DE 1 SAÑO DE EVOLUIONMNAprox DORLO CONLMIATACIONAL MOVIDLAI DEL HOMBRO DERECHO SIN TRAUAM CON CAHSQUIDO SIN MEJROIA A TRATAMEITNO REALZIA RX NO ENVIA POR LOQUEU SOLICIAT CITA PRESENCIAL APR A SER EVALUADA			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	M255	DOLOR EN ARTICULACION
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	1	IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	ACETAMINOFEN MAS HIDROCODAN TAB CAD 122HH X 10DASI BETAMETASONA DOSI UNCAI CIAT CON RESULTADOS	

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 48 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante A	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion AS	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion A	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13219323	Fecha de Atencion 2021/09/08	Medico RAFAEL JOSE PEREZ RADA.	Especialidad ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Motivo de la Consulta DORLO EN EL CUELLO Y HOMBRO DERECHO			
Enfermedad Actual PACIENTE QUIEN NIEGA ESTAR EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID 19 O PADECER AACTUAL MENTE SINTOMATOLOGIA COMO FIEBRE DOLOR ARTICULAR, MIALGIA, CEFALEA INTENSA, DIARREA, ODINOFAGIA PERDIDA DEL OLFATO , ENTRE OTRAS ;PACIENTE ES ATENDIDO CON TODOS LOS PROTOCOLOS D E BIOSEGURIDAD P			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	LIMITACION AL ABADUCION Y ROTACION EXTEBNRA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	M754	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 1	M542	CERVICALGIA
Diagnostico Relacionado2	M750	CAPSULITIS ADHESIVA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	SS	RMN DE HOMBRO DERECHO CON SEDACION CICLOBENMZAPRIAN TTORICOXIB CITRA CONRESULTADO

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 48 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante S	Parentesco NINGUNO	Direccion s	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion s	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13393572	Fecha de Atencion 2021/11/08	Medico RAFAEL JOSE PEREZ RADA.	Especialidad ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA
Motivo de la Consulta CONTROL			
Enfermedad Actual PACIENTE QUIEN NIEGA ESTAR EN CONTACTO CON PACIENTE POSITIVO COVID 19 O PADECER AACTUAL MENTE SINTOMATOLOGIA COMO FIEBRE DOLOR ARTICULAR, MIALGIA, CEFALEA INTENSA, DIARREA, ODINOFAGIA PERDIDA DEL OLFATO , ENTRE OTRAS ;PACIENTE ES ATENDIDO CON TODOS LOS PROTOCOLOS D E BIOSEGURIDAD PAR PANDEMIA COVID 19 DISTANCIAMIENTO AL INTERROGATORIO 2 METROS , TAPABOCAS N 95 BATAS , GUANTES , GAFAS , GORROS REFIERE PERSISTENSIC DLE DORLO ACTUAL EMNETY CAMBIENATE PENDIETE REPSORTE DE RMNS DE HOMRBO DERECHA			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	LEVE EDEMA EN HOMBRO DERECHO CON LIMITACION AL ABADUCIO Y ROTACION
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	M754	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 1	M750	CAPSULITIS ADHESIVA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo		IBUPROFENOHIODROCODNA TAB X 15 DIAS CITA CONRESULTADO CITA CON TELECONSULTA

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 48 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante E	Parentesco NINGUNO	Direccion S	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion S	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13452944	Fecha de Atencion 2021/12/10	Medico RAFAEL JOSE PEREZ RADA.	Especialidad ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Motivo de la Consulta CONTROL			
Enfermedad Actual CONTARE RMNN DEL JHOMRBO DERECHO CON LESION TENDINOSI SUPRA EPSIONOS TENDIONSO LARGO DEL BICEPOS			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	M754	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 1	M658	OTRAS SINOVITIS Y TENOSINOVITIS
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	FISIOTERPAI CONTROL EN 1ME S OXAPROXIN TAB 600MG CAD 12H X 10DIAS TAPENTADOL TAB 50MG (NOCHES X 30DAIS LIDOCAIDAN PARCHES X 20 PARCHES	

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ		Tipo De Vinculacion COTIZANTE	
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 49 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante X	Parentesco NINGUNO	Direccion X	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion X	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13557916	Fecha de Atencion 2022/01/11	Medico RAFAEL JOSE PEREZ RADA.	Especialidad ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Motivo de la Consulta CONTROL			
Enfermedad Actual SE EXPLICA LA PACIENTE MODALIDAD DE CONSULTA Y LO QUE LE PEDE OFRECER ESTE TIPO DE CONSULTA SOLO POR EL INTERROGATORIO QUE NO PUEDE VALORARSE POR LO QUE SI SU CONDICION NESECITA VALORACION PERSONAL ESTA SERA REPROGRAMADA BAJO EXTRICTA DE BIOSEGURIDAD CONDICIONES DE SALUD PUBLICA NACIONAL EL PACIENTE CONCIENTE Y ENTENDIENDO LO ANTERIOR ACEPTA LA CONSULTA REFIERE NO TENER MEJORIA AL TRATAMIENTO CON LIMITACION AL ACO DE MOVILIDAD			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	M754	SINDROME DE ABDUCCION DOLOROSA DEL HOMBRO
Diagnostico Relacionado 1	M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Diagnostico Relacionado2	G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo		VAL CXD E HOMBROVAL POR CX DE MANO

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 48 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante ASALIA SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion calle 24 NO 19b-03 casa 8 porv	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion calle 24 NO 19b-03 casa 8 porv	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13277010	Fecha de Atencion 2021/09/06	Medico SANDRA RIOS	Especialidad ODONTOLOGIA INTEGRAL DEL A
Motivo de la Consulta TENGO UNA POSTEMILLA EN LA PARTE DE ARRIBA			
Enfermedad Actual PACIENTE SINTOMATICO REFIERE DOLOR EN LA ZONA ANTERIOR SUPERIOR E INFLAMACION			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex	Partos	Cesareas	Abortos:	Nacidos Vivos	Nacidos Muertos
Menarca	Años	Menopausia	Años	Ciclo Menstrual	Fecha Ultima Menstruacion
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso	Mes(es)

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual	Desea Planificar	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO
-------------------------	-------------------------	---------------------------------------------------

Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea	Cefalea-Mareo	Dolor Pelvico	Manchado	Sangrado	Dolor !	Varices
------------------	----------------------	----------------------	-----------------	-----------------	----------------	----------------

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial:	Temperatura	Peso	Talla
Frecuencia Respiratoria	Frecuencia Cardiaca	Perimetro Abdominal	

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	K047	ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	2	CONFIRMADO NUEVO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	PACIENTE SINTOMATICO SE REALIZA ENCUESTA DE ATENCION A COVID 19 Y FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. SE OBSERVA EN ZONA DE ANTERIORES SUPERIORES PROTESIS FIJA DEL 12 AL 26 EN ZONA DEL 1 INFLAMACION VESTIBULAR DOLOR A LA PALPACION SE FORMULA AMOXICLINA 500MG1 CADA 8HORAS POR DIAS NAPROXENO 250G 1 CAD A6HORAS POR 3 DIAS. DRA SANDRA RIOS	

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 49 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante SOA	Parentesco NINGUNO	Direccion ANOTADO	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion ANOTADA	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13923853	Fecha de Atencion 2022/04/29	Medico BENJAMIN OSORIO AGUAS	Especialidad MEDICINA INTERNA
Motivo de la Consulta EVALUACION PREQX MANGUITO ROTATORIO HOMBRO DERECHOS			
Enfermedad Actual AP NO HTA NO DM CESAAREA ABDOMINO LASTA LAB PREQX EKG Y RX DE TORAX NORMAL			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 120/70 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 14 Frecuencia Cardiaca 78 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	EVALUACION PREQX MANGUITO ROTATORIO DERECHO HA RECIBIDO TTO E INFILTRACIONES SIN MEJORIA NOHTA NO DM LAB PREQ EKG Y RX DE TORAX NORMALES NO CONTRAINDICACIONES PARA SU CX PUEDE OPERADA RECOM EVALUCION PRENESTESICA PA 120 X 70 M PE 51 KS	

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ		Tipo De Vinculacion COTIZANTE	
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 48 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante NINGUNA	Parentesco NINGUNO	Direccion SANTA MARTA	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion SANTA MARTA	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13182979	Fecha de Atencion 2021/08/03	Medico ELIANA REDONDO	Especialidad MEDICINA GENERAL
Motivo de la Consulta TELECONSULTA - DOLOR EN HOMBRO DERECHO			
Enfermedad Actual MODALIDAD EN CONTINGENCIA POR PANDEMIA DEL COVID 19. REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION DADO POR DOLOR EN HOMBRO DERECHO IRRADIADO A BRAZO CON LIMITACION FUNCIONAL DETERIORADO EN LOS ULTIMOS 3 MESES POR LO QUE CONSULTA.			

II. ANTECEDENTES

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografía	Resultado Mamografía		Fecha Ultimo Parto		
Fecha Ultima Citología	Resultado de la Citología		Fecha Ultimo Parto		
Descripcion del resultado de la Citología					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO		Tiempo de Uso () Mes(es)		

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ? NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 120/80 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 19 Frecuencia Cardiaca 76 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	S409	TRAUMATISMO SUPERFICIAL NO ESPECIFICADO DEL HOMBRO Y DEL BRAZO
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	1	IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	SE SOLICITA RX DE HOMBRO DERECHO MELOXICAM TAB 7.5 MG VO CADA 12H POR 5 DIAS CON POSTERIOR SEGUIMIENTO CON RESULTADOS	

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 48 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante NINGUNA	Parentesco NINGUNO	Direccion SANTA MARTA	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion SANTA MARTA	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13203633	Fecha de Atencion 2021/08/10	Medico ELIANA REDONDO	Especialidad MEDICINA GENERAL
Motivo de la Consulta TELECONSULTA-CONTROL DE RESULTADOS			
Enfermedad Actual MODALIDAD EN CONTINGENCIA POR PANDEMIA DEL COVID 19 FEMENINA CON DOLOR EN HOMBRO DERECHO POR LO QUE SE SOLICITO RX DE HOMBRO DERECHO CON FECHA 05/08/21 QUE REPORTA SEÑAES DE PINZAMIENTO ACROMIO HUMERL SUGIERE VALORACION DE MANGUITO ROTADOR			

II. ANTECEDENTES

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografía	Resultado Mamografía				
Fecha Ultima Citología	Resultado de la Citología			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citología					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO			
Efectos Presentados por el uso del Metodo					
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ? NO
Varices NO					

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 120/80 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 18 Frecuencia Cardiaca 76 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	1	IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	FEMENINA CON DOLOR EN HOMBRO DERECHO POR LO QUE SE SOLICITO RX DE HOMBRO DERECHO CON FECHA 05/08/21 QUE REPORTA SEÑALES DE PINZAMIENTO ACROMIO HUMERL SUGIERE VALORACION DE MANGUITO ROTADOR POR LO QUE SE REMITE A ORTOPEDIA	

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 48 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante NN	Parentesco NINGUNO	Direccion CALL E 24 N. 19B 03 QUINTAS DE	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion CALL E 24 N. 19B 03 QUINTAS DE	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13288483	Fecha de Atencion 2021/09/21	Medico ELGA AREIZA	Especialidad MEDICINA GENERAL
Motivo de la Consulta TENGO RESULTADOS DE LABORATORIOS			
Enfermedad Actual DEBIDO A PANDEMIA POR COVID 19 ME ATIENDE LA TELE CONSULTA ASALIA SANCHEZ TIENE ANTEC PATOLOGICOS : HIPERCOLESTEROLEMIA ANSIEDAD ALERGIAS : NIEGA TENGO RESULTADOS DE LABORATORIOS 2021-08-09 GLICEMIA : 86.5 OPTIMO TRIGLICERIDOS : 199.5 ALTO COLESTEROL LDL 140 ALTO COLESTEROL HDL 49.60 OPTIMO COLESTEROL TOTAL 230 SOBRE LIMITE OPTIMO ,NO REFIERE OTROS SINTOMAS, NO SE REALIZA EXAMEN FISICO PUESTO Q UE ES UNA TELECONSULTA			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografía	Resultado Mamografía				
Fecha Ultima Citología	Resultado de la Citología			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citología					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 00/00 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	E785	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA
Diagnostico Relacionado 1	E780	HIPERCOLESTEROLEMIA PURA
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	2	CONFIRMADO NUEVO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	SE INDICA ATORVASTATINA TABL 20 MG USO TOAMR 1 TABLETA AL DIA NOCHE , VALORACION POR NUTRICION SE DA RECOMENDACIONES DE HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EVITAR GRASAS TRAN EVITAR GRASAS SATURADAASCOMER ALIMENTOS RICOS OMEGA 3 , REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DE FORMA REGULAR , CONSUMIR LACTEOS DESCREMADOS CARNES MAGRAS , CONSUMIR FIBRA FRUTAS VERDURAS SI XPLICA SIGNOS DE ALRMA SE CAPTA PARA SEGUIMIENTO DE RIESGO CARDIOMETABOLICO	

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ			Tipo De Vinculacion COTIZANTE
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 49 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante XXXX	Parentesco NINGUNO	Direccion XXX	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion XXX	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 14030422	Fecha de Atencion 2022/07/25	Medico SANDRA. POLO.	Especialidad MEDICINA GENERAL
Motivo de la Consulta ME VAN A OPERAR DEL HOMBRO DERECHO			
Enfermedad Actual PACIENTE CON PATOLOGIA DE HOMBRO EN PROCEDO DE PROGRAMACION QUIRURGICA PARA ACROMIOPLASTIA , Y SUTURA DEL MANGUITO ROTADOR , REFIERE SE VENCIO ORDEN DE LABORATORIOS PREQUIRURGICOS POR LO QU SOLICITA TLECONSULTA PARA RENOVACION DE EXAMENES (EKG , TP , TPT , HEMOGRAMA , GLUCOSA , RX DE TORAX) REFIERE ADEMAS ANTECEDENTE DE DISLIPIDEMIA CON ULTIMO CONTROL DE PARACLINICOS HACE MAS DE MESES			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	2	CONFIRMADO NUEVO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	RENOVACION DE EXAMENES (EKG , TP , TPT , HEMOGRAMA , GLUCOSA , RX DE TORAX), SS PERFIL LIPIDIC CONTRL POR ANTECEDENTE DE DISLIPIDEMIA	

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ		Tipo De Vinculacion COTIZANTE	
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 49 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante XXXXXX	Parentesco NINGUNO	Direccion XXX	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion XXX	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 14034717	Fecha de Atencion 2022/07/27	Medico SANDRA. POLO.	Especialidad MEDICINA GENERAL
Motivo de la Consulta ME MANDARON LA PRUEBA DE COVID PARA PODERME OPERAR			
Enfermedad Actual PAIENT EQUIEN SE ENCUENTRA EN ESPERA D EPROCEDIMIENTO QX POR SINDROME MANGUITO ROTADOR QUIEN REIER EQU E ESPECIALISTA LE ORDENO REALIZACION PRUEBA COVID DOS DIAS ANTS DE PROCDIMIENTO QUIRURGICO			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografia	Resultado Mamografia				
Fecha Ultima Citologia	Resultado de la Citologia			Fecha Ultimo Parto	
Descripcion del resultado de la Citologia					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO			
Efectos Presentados por el uso del Metodo					
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO
Varices NO					

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	1	IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	SE EXPLICA A PACIENTE QU DEBDIO QUE CUENTA CON ORDEN DE ESPECIASLITA TRATANTE , SE DIRECCIONA A AREA DE TRANSCRIPCION	

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ		Tipo De Vinculacion COTIZANTE	
Fecha de Nacimiento 1973/04/05	Lugar de Nacimiento	Sexo F	Edad 49 AÑO(S)	Estado Civil CASADO(A)	Ocupacion
Direccion		Telefono 3157676006		Ciudad SANTA MARTA	Programa/Eps OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

Nombre del Acompañante ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion cra 19 n 11d 59	Telefono 3157676006
Nombre del Responsable ASALIA SANCHEZ SANCHEZ	Parentesco AFILIADO(A)	Direccion cra 19 n 11d 59	Telefono 3157676006

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 13815844	Fecha de Atencion 2022/02/28	Medico MAYERLIS HERNANDEZ V	Especialidad ENFERMERIA
Motivo de la Consulta VACUNACION COVID-19			
Enfermedad Actual			
<p>PACIENTE FEMENINO DE 48 AÑOS DE EDAD, EN CICLO DE VIDA ADULTES INGRESA AL SERVICIO AMBULATORIO, CONSIENTE Y ORIENTADO EN SUS TRES ESFERA, NIEGA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIO EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS, NIEGA FIEBRE, NIEGA MIALGIA O ESTAR EN CONTACTO CON ALGUIEN POSITIVO EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS ;</p>			

II. ANTECEDENTES

ANTECEDENTES ALERGICOS	Medicamentos	NIEGAA
------------------------	--------------	--------

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 0	Partos 0	Cesareas 0	Abortos: 0	Nacidos Vivos 0	Nacidos Muertos 0
Menarca 0	Años	Menopausia 0	Años	Ciclo Menstrual REGULAR	Fecha Ultima Menstruacion 2021/08/03
Fecha Ultima Mamografía	Resultado Mamografía				
Fecha Ultima Citología	Resultado de la Citología		Fecha Ultimo Parto		
Descripcion del resultado de la Citología					
Planificacion Previa NO	Metodo de Planificacion que uso NINGUNO			Tiempo de Uso () Mes(es)	

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO	Desea Planificar NO	Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO				
Efectos Presentados por el uso del Metodo						
Amenorrea NO	Cefalea-Mareo NO	Dolor Pelvico NO	Manchado NO	Sangrado NO	Dolor ! NO	Varices NO

Historia Clinica No 305809	Identificación 30656747	Apellido(s) y Nombre(s) ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ	Pagina No 1
--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------	--------------------

IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 64 Talla 170
 Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 62

VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General	NO EXPLORA
Cabeza	NO EXPLORA
Ojos	NO EXPLORA
Oidos	NO EXPLORA
Nariz	NO EXPLORA
Orofaringe	NO EXPLORA
Cuello	NO EXPLORA
Dorso	NO EXPLORA
Mamas	NO EXPLORA
Cardiaco	NO EXPLORA
Pulmonar	NO EXPLORA
Abdomen	NO EXPLORA
Genitales	NO EXPLORA
Extremidades	NO EXPLORA
Neurologicos	NO EXPLORA
Piel	NO EXPLORA
Otros	NO EXPLORA

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	Z268	NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS UNICAS ESPECIFICAS
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado2		
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	1	IMPRESION DIAGNOSTICA
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	16	OTRA
Plan de Manejo		SE LE DA EGRESO AL PACIENTE, CONSIENTE, ORIENTADO ES SUS 3 ESFERAS, EN BUEN ESTADO DE SALUD, SIGNO VITALES ESTABLE SE INDICA RECOMEDACIONES GENERALES COMPRENDE Y ACEPTA SE EXPLICA SOBRE LOS EFECTOS POS-VACUNALES QUE PUEDEN SER DOLOR EN EL SITIO DE INYECCIÓN, CEFALEA FATIGA MALESTAR GENERAL , SOMNOLENCIA CONTINUAR CON PROTOCOLO DE BIO SEGURIDAD LAVADOS DE MANOS USO DE TAPABOCAS FINALIZA ESQUEMA DE VACUNACIÓN /PROXIMA CITA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3044163915545318

Generado el 07 de diciembre de 2023 a las 16:51:18

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales, el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA

NIT: 800240882-0

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 1317 del 31 de agosto de 1994 de la Notaría 47 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de COMPANÍA GANADERA DE SEGUROS DE VIDA S.A. "GANAVIDA"

Escritura Pública No 00900 del 17 de mayo de 1996 de la Notaría 47 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por GANADERA COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. GANAVIDA y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales LA GANADERA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES

Escritura Pública No 4032 del 09 de junio de 1999 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por BBV SEGUROS GANADERO COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá denominarse para la administración de Riesgos Profesionales BBV SEGUROS GANADERO ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES.

Escritura Pública No 319 del 23 de enero de 2001 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS GANADERO COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 2665 del 26 de marzo de 2002 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por BBVA SEGUROS GANADERO COMPANÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. Podrá usar indistintamente la denominación BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 1764 del 01 de abril de 2004 de la Notaría 45 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales, el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA

Escritura Pública No 02059 del 10 de mayo de 2013 de la Notaría null de SIN DESCRIPCION. La sociedad es de nacionalidad Colombiana y tiene su domicilio principal en la ciudad de Bogotá Distrito Capital, y en ella tendrá la sede de su administración social, pudiendo crear sucursales o agencias en otros lugares del país o en el exterior, previa autorización de su Junta Directiva.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 2386 del 04 de noviembre de 1994

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Presidente y dos (2) suplentes quienes lo reemplazarán en las faltas absolutas, temporales y accidentales. El Presidente y sus suplentes serán elegidos por la Junta Directiva y podrán ser removidos en cualquier momento. El Presidente será el Representante Legal de la



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3044163915545318

Generado el 07 de diciembre de 2023 a las 16:51:18

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

Compañía y tendrá a su cargo la dirección, la gestión y la administración de los negocios sociales con sujeción a la Ley y a estos estatutos. Así mismo, tendrán la representación legal de la Entidad los Directores de la Compañía y el Secretario General, si así expresamente lo dispone la Junta Directiva. Adicionalmente, la Sociedad contará con representantes legales judiciales designados por la Junta Directiva, que representarán a la Sociedad ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, políticas, entidades centralizadas y descentralizadas del Estado. **FUNCIONES DEL PRESIDENTE.** El Presidente de la Sociedad tendrá las siguientes funciones. 1. Ejecutar los acuerdos y resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva. 2. Ejercer la representación legal de la Sociedad en todos los actos y negocios sociales. 3. Constituir apoderados judiciales y extrajudiciales. 4. Celebrar libremente los contratos y suscribir los títulos y documentos que se requieran para el desarrollo de la Sociedad de conformidad con lo previsto en la ley y en los Presentes Estatutos. 5. Velar por el adecuado manejo y utilización de los recursos y bienes de la Sociedad. 6. Nombrar y remover al personal necesario para desempeño de los cargos de acuerdo a las directrices impartidas por la Junta Directiva (sic). 7. Dirigir y coordinar el funcionamiento de la Compañía. 8. Mantener a la Junta Directiva permanentemente informada sobre la marcha de los negocios y suministrar los informes que le sean solicitados. 9. Convocar a la Asamblea General de Accionistas a reuniones ordinarias y extraordinarias. 10. Presentar a la Junta Directiva balances de prueba. 11. Presentar a la Junta Directiva el proyecto de presupuesto anual de ingresos y egresos. 12. Presentar previamente a la Junta Directiva el Balance destinado a la Asamblea General, Junto con el Estado de Resultados y el proyecto de Distribuciones de Utilidades y demás anexos explicativos. 13. Rendir cuenta Justificada de su gestión al final de cada ejercicio Social. 14. Firmar los balances de la Sociedad y demás documentos contables con destino a la Superintendencia Financiera. 15. Delegar en sus subalternos las facultades que considere convenientes para el cumplimiento de los fines sociales, para los cual requerirá previo concepto favorable de la Junta Directiva. 16. La demás funciones que le correspondan como órgano directivo de la Sociedad por disposición legal, estatutaria (sic) o por designio de la Junta Directiva para el normal desarrollo social. (Escritura Pública 02059 del 10 de mayo de 2013 Notaría 32 de Bogotá)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representacilegal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Marco Alejandro Arenas Prada Fecha de inicio del cargo: 24/08/2023	CC - 93236799	Presidente
Hernan Felipe Guzman Aldana Fecha de inicio del cargo: 27/03/2014	CC - 93086122	Primer Suplente del Presidente
Sergio Sánchez Angarita Fecha de inicio del cargo: 06/10/2016	CC - 79573466	Segundo Suplente del Presidente
Hernan Felipe Guzman Aldana Fecha de inicio del cargo: 06/06/2013	CC - 93086122	Secretario General
José Daniel Sanabria Lozano Fecha de inicio del cargo: 16/02/2023	CC - 79368684	Representante Legal Suplente
Alexandra Elias Salazar Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016	CC - 53139838	Representante Legal Judicial
María Camila Araque Pérez Fecha de inicio del cargo: 23/08/2018	CC - 52992863	Representante Legal Judicial
Carlos Mario Garavito Colmenares Fecha de inicio del cargo: 19/03/2019	CC - 80090447	Representante Legal Judicial
Manuel José Castrillón Pinzón Fecha de inicio del cargo: 25/07/2019	CC - 1061733649	Representante Legal Judicial
María Carolina Vanegas Pineda Fecha de inicio del cargo: 06/10/2016	CC - 52416119	Representante Legal en Calidad de Director de Riesgos



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3044163915545318

Generado el 07 de diciembre de 2023 a las 16:51:18

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

RAMOS: Resolución S.B. No 2488 del 16 de noviembre de 1994 accidentes personales, vida grupo, vida individual, seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia.

Resolución S.B. No 2787 del 14 de diciembre de 1994 salud

Resolución S.B. No 235 del 15 de febrero de 1995 pensiones Ley 100

Resolución S.B. No 456 del 10 de marzo de 1995 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

Resolución S.B. No 44 del 20 de enero de 1997 pensiones de jubilación. Circular externa 052 del 20 de diciembre de 2002, se denominará en adelante ramo de pensiones voluntarias.

Resolución S.F.C. No 0557 del 25 de abril de 2007 ramo de exequias

Resolución S.F.C. No 1422 del 24 de agosto de 2011 revoca la autorización concedida a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., para operar el ramo de Seguro de Salud, confirmada la decisión con resolución 0661 del 07 de mayo de 2012

Resolución S.F.C. No 1986 del 04 de noviembre de 2011 revoca la autorización concedida a BBVA Seguros de vida Colombia S.A. para operar el ramo de Seguros de Riesgos Profesionales.

Resolución S.F.C. No 758 del 24 de mayo de 2017 Autoriza operar el ramo de seguro de desempleo.



**NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ
SECRETARIA GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

