



FACTURA No.
FACT42955

HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E

NIT: 892000264

DIRECCIÓN: DIAGONAL 15 NO 26 21 BARRIO SAN JOSE ACACIAS

DEPARTAMENTO: META

TELÉFONO: 6560160

TIPO EMPRESA: Persona Jurídica

RÉGIMEN TRIBUTARIO: NO Responsables de IVA

NUMERO AUTORIZACION:

FECHA ATENCION: 26/10/2022

FECHA FACTURA: 26/10/2022

FECHA VENCIMIENTO: 25/11/2022

FECHA VALIDACIÓN:

FORMA DE PAGO:

MEDIO DE PAGO:

CUFE:

CLIENTE: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

IDENTIFICACIÓN: 860009578

DIRECCIÓN: CL 93B 9 91

TELÉFONO: 2186977

EMAIL: fesoatindemnizaciones@segurosdelestado.com

PACIENTE: TRUJILLO RIVERA JOHANA SHIRLEY

IDENTIFICACIÓN: 1030601836

Autorización de numeración de
facturación DIAN 892000264 del
01/01/2022 al 31/12/2030
Autoriza del FACT-1
alFACT-999999999

Referencia	Descripción del producto / Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
39145	890701 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	1	82,100	82,100
39201	S22102 SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)	1	54,700	54,700
39146	865101 SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	1	18,700	18,700
38915	S20000 SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	1	75,300	75,300
39131	890601 CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	1	50,300	50,300
21120	870101 RADIOGRAFIA DE CARA [PERFILOGRAMA]	1	83,950	83,950
21140	871010 RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	1	106,150	106,150
	MQX0000023 EQUIPO JELCO N 18	1	3,500	3,500
	MQX0000027 EQUIPO MACROGOTEO UNIDAD	1	3,800	3,800
	MQX0000021 EQUIPO DE BURETROL UNIDAD	1	5,200	5,200
	N02BB020102 DIPIRONA SODICA AMP 1 GR/2ML	2	1,500	3,000
	M01AD01570 DICLOFENACO SODICO SOLUCION INYECTABLE 75 MG / 3 ML	1	1,000	1,000
	H02A8020101 DEXAMETASONA AMP 8 MG/2ML	1	1,000	1,000
	N02AX020202 TRAMADOL CLORHIDRATO AMP 50 MG	2	1,000	2,000
	B05BB010101 CLORURO DE SODIO BOL 0 9% 500 ML	3	4,800	14,400
	MQX0000047 PROLENE N 5.0 UNID	1	20,100	20,100
	MQX0000033 JERINGA 10 CC	1	500	500
	MQX0000033 JERINGA 10 CC	6	500	3,000
70005	S31301 TRASLADO BASICO ACACIAS - VILLAVICENCIO	1	399,950	399,950
	N02BB020102 DIPIRONA SODICA AMP 1 GR/2ML	1	1,500	1,500
	N02AX020202 TRAMADOL CLORHIDRATO AMP 50 MG	1	1,000	1,000
	MQX0000033 JERINGA 10 CC	2	500	1,000

FACTURA No.
FACT42955

HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E
NIT: 892000264
DIRECCIÓN: DIAGONAL 15 NO 26 21 BARRIO SAN JOSE ACACIAS
DEPARTAMENTO: META
TELÉFONO: 6560160
TIPO EMPRESA: Persona Jurídica
RÉGIMEN TRIBUTARIO: NO Responsables de IVA
NUMERO AUTORIZACION:

FECHA ATENCION: 26/10/2022
FECHA FACTURA: 26/10/2022
FECHA VENCIMIENTO: 25/11/2022
FECHA VALIDACIÓN:
FORMA DE PAGO:
MEDIO DE PAGO:
CUFE:

CLIENTE: SEGUROS DEL ESTADO S.A.
IDENTIFICACIÓN: 860009578
DIRECCIÓN: CL 93B 9 91
TELÉFONO: 2186977
EMAIL: fesoatindemnizaciones@segurosdelestado.com
PACIENTE: TRUJILLO RIVERA JOHANA SHIRLEY
IDENTIFICACIÓN: 1030601836

Autorización de numeración de
facturación DIAN 892000264 del
01/01/2022 al 31/12/2030
Autoriza del FACT-1
alFACT-999999999

Referencia Descripción del producto / Servicio	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
SON: NOVECIENTOS TREINTA Y DOS MIL CIENTO CINCUENTA PESOS MCTE.		SUBTOTAL:	932,150
Esta factura de venta se asimila en todos sus efectos legales a una letra de cambio (Art. 774 del Cod. Comercio).		IVA:	0
		COPAGO:	0
SOFTWARE KUBAPP DE ENKUBE SAS NIT: 900.843.846-6. Facturado Por: ROJAS TOVAR ANA ALEJANDRA		TOTAL FACTURA:	932,150



FIRMA RESPONSABLE

RECIBIDO POR



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS

Fecha de Radicación : RG No. Radicado :
 No. Radicado Anterior : Nro Factura / Cuenta de Cobro : **PRFE - 42955**

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social : HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E
 Código de Habilitación : 500060016901 NIT : 892000264-4

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO

TRUJILLO RIVERA
 Segundo Apellido Segundo Apellido
 JOHANA SHIRLEY
 Primer Nombre Segundo Nombre
 Tipo de Documento: CC No Documento : 1030601836 Fecha Nacimiento: 19/09/1991 Sexo : F
 Dirección Residencia: MZ R CASA 9 VILLA MANUELA
 Departamento: META Cod. : 50
 Municipio: ACACIAS Cod. : 006 Teléfono : 3156382991
 Condición del Accidentado : Conductor Peatón Ocupante Ciclista

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O EL ACCIDENTE DE TRANSITO

Naturales : Accidente Tránsito Sismo Maremoto Erupciones Volcánicas
 Huracán Inundaciones Avalancha Deslizamiento Tierra Incendio Natural
 Terroristas : Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate Incendio
 Ataque a Municipios Otro Cuál? _____
 Dirección de Ocurrencia : AVENIDA 23 CON CARRERA 30
 Fecha Evento/Accidente : 25/10/2022 Hora : 07:10
 Departamento : META Cód: 50
 Municipio : ACACIAS Cód: 006 Zona : U

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito :
JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE LA MOTOCICLETA DE PLACAS MQE18F, RESULTA LESIONADA AL PERDER EL CONTROL DE LA MISMA AL COLISIONAR CONTRA OTRO VEHICULO.

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de Aseguramiento : Asegurado No Asegurado Vehículo Fantasma Póliza falsa Vehículo en fuga
 Marca Vehículo : SUZUKI Placa : MQE18F
 Tipo de Servicio : Particular Público Oficial Vehículo de Emergencia
 Vehículo de transporte masivo Vehículo escolar Vehículo de Servicio diplomático o consular
 Código de la Aseguradora : 1329
 No de la Póliza : 14813500007230 Intervención de la autoridad
 Vigencia Desde : 27/07/2022 Hasta : 26/07/2023 Cobro excedente de poliza

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

TRUJILLO RIVERA
 Primer Apellido Segundo Apellido
 JOHANA SIRLEY
 Primer Nombre Segundo Nombre
 Tipo de Documento: CC No Documento : 1030601836
 Dirección Residencia: MZ R CASA 9 VILLA MANUELA
 Departamento: META Cod. : 50
 Municipio: ACACIAS Cod. : 006 Teléfono : 3156382991



**REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS
PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO
PERSONAS JURIDICAS - FURIPS**

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

TRUJILLO	RIVERA
Primer Apellido	Segundo Apellido
JOHANA	SIRLEY
Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento: CC	No Documento : 1030601836
Dirección Residencia: MZ R CASA 9 VILLA MANUELA	
Departamento: META	Cod. : 50
Municipio: ACACIAS	Cod. : 006 Teléfono : 3156382991

VII. DATOS DE REMISION

Tipo de Referencia :	Remisión <input type="checkbox"/>	Orden de Servicio <input type="checkbox"/>
Fecha de Remisión :	Hora :	
Prestador que Remite :		
Código de Inscripción :		
Profesional que Remite :	Cargo:	
Fecha de Aceptación :	Hora :	
Prestador que Recibe :		
Código de Inscripción :		
Profesional que Recibe :	Cargo:	

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar únicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (transporte primario) y cuando se realiza en ambulancia de la misma IPS.

Datos del Vehículo : Placa Nro. _____	
Transporto la víctima desde _____	Hasta: _____
Tipo de transporte _____	
Lugar donde recoge la víctima Zona _____	

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

Fecha de Ingreso : 25/10/2022	Hora : 07:42	Fecha de Egreso : 26/10/2022	Hora : 00:09
Código Diagnóstico principal de ingreso : S099		Código Diagnóstico principal de egreso : S099	
Otro Código Diagnóstico de Ingreso : S018		Otro Código Diagnóstico principal de Egreso : S018	
Otro Código Diagnóstico de Ingreso : _____		Otro Código Diagnóstico principal de Egreso : _____	
Nombre y Apellidos del Médico o Profesional Tratante : MUÑOZ GUTIERREZ JHON LUIS			
Tipo de Documento : CC <input checked="" type="checkbox"/> CE PA	No. Documento : 85035136		
No. Registro Médico : 85035136			

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VALOR TOTAL FACTURADO	VALOR RECLAMADO AL FOSYGA
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	\$ 932,150.00	
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA	\$ 0.00	

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerente de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzcan esta situación.

JAIME MORENO ROJAS

NOMBRE

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E NIT. 892.000.264-4 Diagonal 15 No 26-21 Barrio San José Telefax 6560160 – 6560028 Página web: www.hospitaldeacacias.gov.co Email: hospitaldeacacias@hospitaldeacacias.gov.co		
	Versión	Fecha	
	03	30-12-2013	

FORMATO DE SINIESTRO DE ACCIDENTE DE TRANSITO

1. DATOS DEL DECLARANTE

NOMBRES Y APELLIDOS	HELEN JOHANNA IBARRA FLOREZ
DOCUMENTO IDENTIDAD	1096196764
DIRECCION Y TELEFONO:	CARRERA 19 N 16 – 29 ALBORADA – TELEFONO - 3204841120

2. DATOS DEL CONDUCTOR

NOMBRES Y APELLIDOS	JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA		
DOCUMENTO IDENTIDAD	1030601836		
DIRECCION Y TELEFONO:	MZ R CASA 9 VILLA MANUELA – TELEFONO - 3156382991		
OCUPANTE	CICLISTA	PEATON	CONDUCTOR X

3. SECUENCIA DE LOS HECHOS En forma clara narre como sucedieron los hechos

JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA EN CALIDAD DE CONDUCTORA DE LA MOTOCICLETA DE PLACAS MQE18F, RESULTA LESIONADA AL PERDER EL CONTROL DE LA MISMA AL COLISIONAR CONTRA OTRO VEHICULO.

4. DATOS DEL ACCIDENTE

LUGAR:	AVENIDA 23 CON CARRERA 30
FECHA	25/10/2022
HORA	07:10

5. DATOS DEL VEHICULO

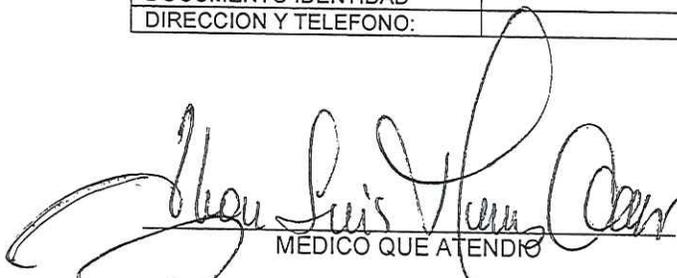
TIPO	MOTOCICLETA	MARCA	SUZUKI	PLACA: MQE18F
ASEGURADORA	SEGUROS DEL ESTADO S.A.		POLIZA 14813500007230	
NOMBRE DEL PROPIETARIO	JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA		CEDULA	1030601836
DIRECCION	MZ R CASA 9 VILLA MANUELA		TELEFONO	3156382991

6. DATOS DEL AFECTADO 1

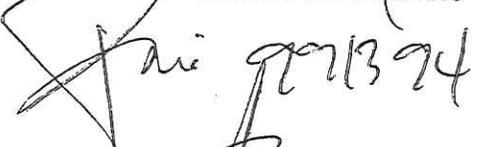
NOMBRES Y APELLIDOS	JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA
DOCUMENTO IDENTIDAD	1030601836
DIRECCION Y TELEFONO:	MZ R CASA 9 VILLA MANUELA – TELEFONO - 3156382991

7. DATOS DEL AFECTADO 2

NOMBRES Y APELLIDOS	
DOCUMENTO IDENTIDAD	
DIRECCION Y TELEFONO:	




MEDICO QUE ATENDIO AFECTADO O ACOMPAÑANTE





SOAT



SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

FECHA DE EXPEDICIÓN AÑO - MES - DÍA 2022-07-26	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL AÑO - MES - DÍA 2022-07-27	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL AÑO - MES - DÍA 2023-07-26
--	---	--

Nº DE PÓLIZA 1481350007230	PLACA Nº MQE18F	CLASE VEHICULO MOTOS	SERVICIO PARTICULAR	CILINDRAJE 149	MODELO 2020
PASAJER 2	MARCA SUZUKI	LÍNEA VEHICULO DR150	CARROCERIA SIN CARROCERIA		

Nº MOTOR 157EMJ3G2U04758	Nº CHASIS o Nº SERIE LC6JCK4P3L0003036	Nº VIN LC6JCK4P3L0003036	CAPACIDAD 0.00
-----------------------------	---	-----------------------------	-------------------

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR SOTO SUAREZ, ALVARO	TELÉFONO DEL TOMADOR 3156337019	TIPO DE DOCUMENTO DEL CC	Nº DE DOCUMENTO DEL 6802499	CUIDAD RESIDENCIA TOMADOR CASTILLA LA NUEVA
--	------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	--

CÓDIGO DE ASEGURADORA AT1329	COD. SUCURSAL EXPEDIDORA 10	CLAVE PRODUCTOR 4709488	Nº FORMULARIO 0	CUIDAD EXPEDICIÓN ACACIAS
---------------------------------	--------------------------------	----------------------------	--------------------	------------------------------

TARIF 120	PRIMA SOAT \$ 364900	CONTRIBUCIÓN \$ 189700	TASA RUNT \$ 1900	AMPAROS POR A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS 800	HASTA SALARIO S MÍNIMOS LEGALES DIARIOS
--------------	-------------------------	---------------------------	----------------------	--	--

TOTAL A PAGAR \$ 556500	B. INCAPACIDAD PERMANENTE 180	C. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS 750	D. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VÍCTIMAS 10
----------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

FIRMA AUTORIZADA

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos. Con el fin de evitar duplicidad de amparos, en aquellos eventos en que la aseguradora llegara a evidenciar que existe otra póliza vigente, ésta procederá a modificar la vigencia de la (segunda) póliza expedida (expedida con posterioridad), iniciando la vigencia de la misma a partir del vencimiento de la póliza que ya se encuentra registrada en el RUNT.

Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.

En caso de accidente de tránsito:

- Si algún resultado herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 135 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fonasa lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.

Protección de datos personales:

Como consumidor financiero obrando a nombre propio o de un tercero debidamente facultado para ello, autorizo de manera previa, expresa e informada a SEGUROS DEL ESTADO S.A. Y SEGUROS DE VIDA DEL ESTADO S.A. (las Aseguradoras) para que mis datos personales y sensibles sean tratados con las siguientes finalidades:

- La gestión y ejecución integral del contrato de seguros al vincularme como cliente; hacer transferencias nacional e internacional cuando sea necesario para la prestación del servicio;

- Recibir, procesar y compartir mi información con su grupo empresarial, filiales o subsidiarias, centrales de riesgo, proveedores, intermediarios de Seguros, canales de comercialización y otros encargados del tratamiento que resulten necesarios para la celebración, ejecución o extinción de seguros, estadísticas o para el cumplimiento de las obligaciones contractuales, financieras o crediticias a las que me someta.
- Para los demás contemplados en las disposiciones legales vigentes y en la política de Tratamiento de Datos de las Aseguradoras.
- Para el envío de información, beneficios, ofertas de productos, incluida su publicidad, recordatorios de vencimiento de la póliza, renovación o modificación, fines comerciales y para ser contactado directamente o a través de sus canales de comercialización.

Seré facultativo la autorización de mis respuestas a las preguntas sobre el tratamiento de datos sensibles o de menor edad. Como Titular de mis datos personales, tengo derecho a conocerlos, actualizarlos, revocarlos y solicitar la supresión cuando proceda, de conformidad con las Políticas de Tratamiento de Datos publicadas en las páginas www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com. Los responsables del tratamiento de sus datos son las ASEGURADORAS.

El Titular podrá ejercer sus derechos a través de cualquiera de los canales establecidos para tal fin, como lo son:

- Oficinas de SEGUROS DEL ESTADO a nivel nacional.
- Sitio web a través de las páginas: www.segurosdelestado.com y www.segurosdevidadelestado.com.
- Contactarnos. Correo electrónico: info@segurosdelestado.com.

RUNT

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	MQE18F	ESTADO DEL VEHÍCULO:	ACTIVO
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	10025567734	CLASE DE VEHÍCULO:	MOTOCICLETA
TIPO DE SERVICIO:	Particular		

Información general del vehículo

MARCA:	SUZUKI	LÍNEA:	DR150
MODELO:	2020	COLOR:	NEGRO
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	157FMJ-3*G2U04758*
NÚMERO DE CHASIS:	LC6JCK4P3L0003036	NÚMERO DE VIN:	LC6JCK4P3L0003036
CILINDRAJE:	149	TIPO DE CARROCERÍA:	SIN CARROCERIA
TIPO COMBUSTIBLE:	GASOLINA	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	15/08/2020
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	STRIA TTOyTTE MCPAL SAN JOSE GUAVIARE	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	NO
CLÁSICO O ANTIGUO:	NO	REPOTENCIADO:	NO
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	NO	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	NO	PUERTAS:	

Para conocer el historial de propietarios

Consulte el Histórico Vehicular Aquí

(<http://www.runt.com.co/ciudadano/consulta-historico-vehicular>)

Datos Técnicos del Vehículo

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha Inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
14813500007230	26/07/2022	27/07/2022	26/07/2023	120	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	Ⓢ VIGENTE
81283127	26/07/2021	27/07/2021	26/07/2022	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	Ⓢ NO VIGENTE
78944772	10/08/2020	26/06/2020	25/06/2021	120	COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR	Ⓢ NO VIGENTE



1. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido: TRUJILLO	2o Apellido: RIVERA
1er Nombre: JOHANA	2o Nombre: SIRLEY
Tipo de identificación: CC	Número de identificación: 1030601836
Fecha de nacimiento: 19/septiembre/1991	Sexo al momento de nacer: FEMENINO
Condición de la víctima: CONDUCTOR	

2. TIPO DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tipo de Ingreso: ATENCION DE URGENCIAS	Clasificación del Triage: TRIAGE II
Fecha Hora: 25/octubre/2022 08:12	Víctima viene remitida: NO
Código de habilitación:	Razón social del prestador que remite:
Departamento:	Municipio:

3. INFORMACIÓN DEL TRANSPORTE AL PRIMER SITIO DE ATENCIÓN

Víctima fue trasladada en servicio de transporte asistencial? NO	Placa del vehículo de servicio de transporte asistencial:
Código de habilitación del prestador de servicio transporte asistencial:	Razón social del prestador del transporte:
Código del CRUE que solicita el servicio de transporte asistencial:	Código de despacho emitido por el CRUE:

4. DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha Hora del evento: 25/octubre/2022 07:10	
Departamento: META	Municipio: ACACIAS
Dirección del accidente: AV 23 # CON - CARRERA 30	
Vehículo Identificado: SI	Placa: MQE18F

5. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido:	TRUJILLO	2o Apellido:	RIVERA
1er Nombre:	JOHANA	2o Nombre:	SIRLEY
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1030601836
Departamento:	META	Municipio:	ACACIAS
Teléfono:		Celular:	3156382991
Dirección:	CL MZ R # CASA - 9 VILLA MANUELA		

6. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA LA ATENCIÓN

1er Apellido:	CASTRO	2o Apellido:	FUERTES
1er Nombre:	ANGELA	2o Nombre:	PATRICIA
Tipo de identificación:	CC	Número de identificación:	1122116558
Cargo:	AUXILIAR DE FACTURACION	Celular:	
Teléfono:	6560160	Extensión:	



NUEVA CLINICA EL BARZAL

NIT: 900470909-

CRA 37 # 35 - 17 BARRIO EL BARZAL Tel. 6838282

Sistemas CitiSalud

29/11/2022 20:00.26

6

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS CONSULTA EXTERNA

Lugar Atención: NUEVA CLINICA EL BARZAL S.A.S.

Código Habilitación: 500010142101

Paciente: JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA

Dirección: MZ R CASA 9 BARRIO VILLA MANUELA

Documento: CC 1030601836

Telefono: 3156337019

Sexo/Edad: FEMENINO / 31 A 2 M 10 D

Fecha: 29/11/2022 Orden No. 1

Empresa: SEGUROS DEL ESTADO S.A. - EVENTO

Cita No. 7024167 0

Pabellon:

Seccion:

Cama:

Diagnosticos:

Principal: M542 CERVICALGIA

Procedimiento

Descripción

Cantidad Observaciones

S931001

TERAPIA FISICA INTEGRAL

20

Jose Gregorio Suarez V.
Ortopedia y Traumatología
C.R. 1049606118

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

JOSE GREGORIO SUAREEZ VARGAS

Cedula de Ciudadania : 1049606118

NUEVA CLINICA EL BARZAL

CRA 37 # 35 - 17 BARRIO EL BARZAL Tel. 6838282 Nit : 900470909-

HISTORIA CLINICA - ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA

Historia No : 1030601836

CitiSalud

Pagina : 1

Lugar Atención: NUEVA CLINICA EL BARZAL S.A.S.

Fecha Impresión: 29/11/2022 20:01:25

Paciente : CC. 1030601836 JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA

Sexo : F Fecha Nacimiento : 19/09/1991 00:00

Edad : 31 A 2 M 10 D

Lugar Nacimiento : COLOMBIA - META - GUAMAL
Res. 3280:

Grupo Sanguineo : O +

Estado Civil : CASADO(A)

Lugar Residencia : META ACACIAS Barrio : RURAL

Dirección : MZ R CASA 9 BARRIO VILLA MANUELA

Telefonos : 3156337019

Grupo Etnico : MESTIZO

Religión : CATOLICO

Escolaridad :

Tipo de Discapacidad : SIN ESPECIFICAR

Ocupación : NO DEFINIDO

Empresa/Contrato : SEGUROS DEL ESTADO S.A. / EVENTO

Cita No : 7024167

Tipo Usuario : Particular

Tipo Afiliado :

Estrato : PARTICI

Fecha Cita : 29 noviembre 2022 17:40

Fecha Atencion : 29 noviembre 2022 19:59

Fecha Salida : 29 noviembre 2022 20:01

ANAMNESIS:

Motivo Consulta: CONTROL

Enfermedad Actual: PACIENTE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO 25/ OCT/2022 TRAUMA FACIAL, ACTUALMENTE
REFIERE DOLOR CERVICAL**EXAMEN FISICO:****CABEZA Y CUELLO:**

DOLOR A NIVEL CERVICAL., NO IRRADIADO A MIEMBROS SUPERIORES

TIPO DE SANGRE

Hemoclasificación: "O"

RH : Positivo

SIGNOS VITALES

TA: 110/70 mmHg

FC: 70 x min

TAM: 83.33 mmHg

DIAGNOSTICOS

Diag. Ppal : M542 CERVICALGIA

Tipo Diagnostico : IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Causa Externa : ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Finalidad de la Consulta : NO APLICA

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Num 1 21140 RADIOGRAFIA COLUMNA CERVICAL

Cant : 1

Num 2 39143-28CONSULTA DE CONTROL AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGÍA

Cant : 1

Observaciones : CONTROL EN 1 MES

PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

Num 1 S931001 TERAPIA FISICA INTEGRAL

Cant : 20

ANALISIS Y PLAN DE TRATAMIENTO:PACIENTE QUE SUFRIO ACCIDENTE DE TRANSITO , CON DOLOR CERVICAL Y LIMITACION , SE INICIARA TERAPIA FISICAY RX DE
COLUMNA CERVICAL

CONTROL EN 1 MES

PROFESIONAL

JOSE GREGORIO SUAREEZ VARGAS

Cedula de Ciudadania : 1049606118

ORTOPEDISTA

IMPRESO POR : JOSU1 JOSE SUAREZ VARGAS



NUEVA CLINICA EL BARZAL

NIT: 900470909-

CRA 37 # 35 - 17 BARRIO EL BARZAL Tel. 6838282

Sistemas CitiSalud

29/11/2022 20:00.01

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS CONSULTA EXTERNA

Lugar Atención: NUEVA CLINICA EL BARZAL S.A.S.

Código Habilitación: 500010142101

Paciente: JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA

Dirección: MZ R CASA 9 BARRIO VILLA MANUELA

Documento: CC 1030601836

Telefono: 3156337019

Sexo/Edad: FEMENINO / 31 A 2 M 10 D

Fecha: 29/11/2022 Orden No. 1

Empresa: SEGUROS DEL ESTADO S.A. - EVENTO

Cita No. 7024167 0

Pabellon:

Seccion:

Cama:

Diagnosticos:

Principal: M542 CERVICALGIA

Procedimiento	Descripción	Cantidad	Observaciones
21140	RADIOGRAFIA COLUMNA CERVICAL	1	

Jose Gregorio Suarez V.
Ortodoncia y Traumatología
2011-11-29

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
JOSE GREGORIO SUAREEZ VARGAS
Cedula de Ciudadania : 1049606118



NUEVA CLINICA EL BARZAL

NIT: 900470909-

CRA 37 # 35 - 17 BARRIO EL BARZAL Tel. 6838282

Sistemas CitiSalud

29/11/2022 20:00.58

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS CONSULTA EXTERNA

Lugar Atención: NUEVA CLINICA EL BARZAL S.A.S.

Código Habilitación: 500010142101

Paciente: JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA

Dirección: MZ R CASA 9 BARRIO VILLA MANUELA

Documento: CC 1030601836

Telefono: 3156337019

Sexo/Edad: FEMENINO / 31 A 2 M 10 D

Fecha: 29/11/2022 Orden No. 2

Empresa: SEGUROS DEL ESTADO S.A. - EVENTO

Cita No. 7024167 0

Pabellon: Seccion:

Cama:

Diagnosticos:

Principal: M542 CERVICALGIA

Procedimiento	Descripción	Cantidad	Observaciones
89143-28	CONSULTA DE CONTROL AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	1	CONTROL EN 1 MES

Jose Gregorio Suarez V.
 Ortopedia y Traumatología
 2022/11/29

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
 JOSE GREGORIO SUAREEZ VARGAS
 Cedula de Ciudadania : 1049606118



TRUJILLO RIVERA JOHANA SHIRLEY		Acompañante: SOLA	
CC - 1030601836		Parentesco:	
Edad: 31 Años 1 Meses 15 Días		Sexo: Femenino	Teléfono: 3156382991
Nacimiento: 19/09/1991		Estado civil:	
Dirección: MZ R CASA 9 VILLA MANUELA			
Empresa: SEGUROS DEL ESTADO S.A.			
Tipo Afiliación Cotizante		Ocupación: SECRETARIOS (AS)	

Datos de la Consulta

CAUSA EXTERNA: 02 - Accidente de Tránsito

FINALIDAD CONSULTA: 10 - No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: CONCIENTE ,ALERTA

MOTIVO CONSULTA: " ME SIGUE DOLIENDO EL HOMBRO Y LA CABEZA "

ENFERMEDAD ACTUAL: FEMENINODE 31 AÑOS DE EDAD CONSULTA POR ANTECEDENTES DE ACCIDENTE DE TRANSITO 25/10/22 EN MOTOCICLETA TCE LEVE M HERIDA SUTURADA FRONTAL ,TRAUMA NASAL REFIERE DOLOR EN HOMBRO DERECHO Y CEFALEA FRONTAL DERECHA , DOLOR EN DORSO NASAL CON DESVIACION DE TABIQUE- REFIERE RX HOMBRO DERECHO NORMAL .

PARACLINICOS: 26/10/22 TAC DE CRANEO SIN LESION INTRACEREBRAL DE TIPO TRAUMATICO AGUDO DEMOSTRABLE , CONTUSION TEJIDOSBLANDO EPICRANEAL ENREGION FRONTAL . TAC DE SENOS PARANASALES CON DESVIACION TABIQUE NASAL ALA DERECHA CON EPOLON IMPACTANTE . CONTUSION TEJIDOS BLANDO CARA .

ANTECEDENTES :

PATÓLOGICOS: HIPERTENSA SIN TRATAMIENTO

REVISION POR SISTEMAS :

RESPIRATORIO (Normal). NEUROPSIQUIATRICO (Normal). ORGANOS DE LOS SENTIDOS (Normal). CARDIOVASCULAR (Normal). CARDIOPULMONAR (Normal). NEUROLÓGICO (Normal). CIRCULATORIO (Normal). HEMATOPOYETICO Y LINFATICO (Normal). ENDOCRINOLÓGICO (Normal). GASTROINTESTINAL (Normal). RENAL (Normal). GENITOURINARIO (Normal). PIEL Y FANERAS (Normal). OSTEOMUSCULAR (Normal). OTROS CUALES? (Normal).

SIGNOS VITALES

Peso : 79 kg	Temperatura : 36 °C	Presión Arterial Sistólica: 110 mmHg
Talla : 155 cm	Frecuencia Respiratoria : 18 V x Min	Presión Arterial Diastólica : 70 mmHg
I.M.C. : 32.88 kg/m2	Frecuencia Cardíaca : 79 V x Min	

EXÁMEN FÍSICO :

Nariz (Anormal). DOLOR ALA PALPACION EN DORSO NASAL, CON EDEMA .
 Piel (Anormal). HERIDA SUTURADA DE APROXIDMANETE 2 CM # 2 SIN SIGNOS DE INFECCION O SANGRADO .
 Extremidades Superiores (Anormal). DOLOR A LA PALPACION HOMBRO DERECHO . CON USO DE CABESTRILLO
 CRANEO (Normal). OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal). TÓRAX (Normal).
 ABDOMEN (Normal). GENITOURINARIO (Normal). OSTEOARTICULAR (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal).
 MÚSCULO - ESQUELETICO (Normal). NEUROLOGÍA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).
 EXTREMIDADES INFERIORES (Normal).

PLAN DE MANEJO :

TRAMADOL SOL ORAL 100MG/ML (Cantidad: 1) TOMAR 10 GOTAS CADA 12 HORAS POR 5 DIAS

NAPROXENO TAB O CAP250 MG (Cantidad: 10) 1 UND CADA 12 HORAS POR 5 DIAS

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA (Cantidad: 1)

DIAGNÓSTICO :

J342 - DESVIACION DEL TABIQUE NASAL - (Impresión Diagnóstica)
 S009 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA PARTE NO ESPECIFICADA
 S400 - CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

ANALISIS:

PACIENTE HEMODIAMENTE ESTABLE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS ., CON DOLOR PERISISTEN CON NASAL CON TAC CON DESVACIONDE TABIQUE , CON OBSTRUCCION NASAL NASAL POR LO CUAL SE REMITE A ORL . PENDIENTE CITA CON ORTOPEDIA , SE ORDEN ANALGEISCO , INCAPACIDAD, RECOMENDIAOCNE YSIGNOS DE ALAERMA.



HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E

NIT: 892,000,264-4
DIAGONAL 15 NO 26 21 BARRIO SAN JOSE
TEL: 6560160

PLAN DE MANEJO
Consulta Externa

INGRESO:184357

FECHA ATENCION:03/11/2022 17:42

FECHA ENTREGA:

TRUJILLO RIVERA JOHANA SHIRLEY
CC - 1030601836

Edad : 31 Años 1 Meses 15 Dias **Sexo :** Femenino
Nacimiento : 19/09/1991 **Teléfono :** 3156382991
Dirección : MZ R CASA 9 VILLA MANUELA
Empresa : SEGUROS DEL ESTADO S.A.

ITEM	DETALLE DEL SERVICIO	CANT	EN LETRAS
1	N02AX020203 - TRAMADOL SOL ORAL 100MG/ML// TOMAR 10 GOTAS CADA 12 HORAS POR 5 DIAS	1	UNO

DIAGNÓSTICO: J342 DESVIACION DEL TABIQUE NASAL
S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA PARTE NO ESPECIFICADA
S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Susana Garcia Vega

GARCIA VEGA SUSANA MARGARITA
Tarjeta Médica Nro. 1082917668
MEDICINA GENERAL

Valido por (30) treinta dias para examenes de laboratorio y medicamentos.

**HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E**

NIT: 892,000,264-4
DIAGONAL 15 NO 26 21 BARRIO SAN JOSE
TEL: 6560160

PLAN DE MANEJO

Consulta Externa

INGRESO:184357

FECHA ATENCION:03/11/2022 17:42**FECHA ENTREGA:****TRUJILLO RIVERA JOHANA SHIRLEY**
CC - 1030601836

Edad : 31 Años 1 Meses 15 Dias

Sexo : Femenino

Nacimiento : 19/09/1991

Teléfono : 3156382991

Dirección : MZ R CASA 9 VILLA MANUELA

Empresa : SEGUROS DEL ESTADO S.A.

ITEM	DETALLE DEL SERVICIO	CANT	EN LETRAS
1	M01AE020201 - NAPROXENO TAB O CAP250 MG.// 1 UND CADA 12 HORAS POR 5 DIAS	10	DIEZ

DIAGNÓSTICO: J342 DESVIACION DEL TABIQUE NASAL
S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA PARTE NO ESPECIFICADA
S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Susana Garcia V.

GARCIA VEGA SUSANA MARGARITA
Tarjeta Médica Nro. 1082917668
MEDICINA GENERAL

Valido por (30) treinta dias para examenes de laboratorio y medicamentos.

HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E

NIT: 892,000,264-4
 DIAGONAL 15 NO 26 21 BARRIO SAN JOSE
 TEL: 6560160

PLAN DE MANEJO
 Consulta Externa

INGRESO:184357

FECHA ATENCION:03/11/2022 17:42

FECHA ENTREGA:

TRUJILLO RIVERA JOHANA SHIRLEY
CC - 1030601836

Edad : 31 Años 1 Meses 15 Dias **Sexo :** Femenino
Nacimiento : 19/09/1991 **Teléfono :** 3156382991
Dirección : MZ R CASA 9 VILLA MANUELA
Empresa : SEGUROS DEL ESTADO S.A.

ITEM	DETALLE DEL SERVICIO	CANT	EN LETRAS
1	890282 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA.// (VALORACIÓN POR:OTORRINOLARINGOLOGÍA).	1	UNO

DIAGNÓSTICO: J342 DESVIACION DEL TABIQUE NASAL
 S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA PARTE NO ESPECIFICADA
 S400 CONTUSION DEL HOMBRO Y DEL BRAZO

Susana Garcia V.

GARCIA VEGA SUSANA MARGARITA
 Tarjeta Médica Nro. 1082917668
 MEDICINA GENERAL

Valido por (30) treinta dias para exámenes de laboratorio y medicamentos.

INCAPACIDAD MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 03/11/2022 17:44

INGRESO : 184357

TRUJILLO RIVERA JOHANA SHIRLEY

CC - 1030601836

Edad : 31 Años 1 Meses 15 Días

Sexo : Femenino

Nacimiento : 19/09/1991

Teléfono : 3156382991

Dirección : MZ R CASA 9 VILLA MANUELA

Empresa : SEGUROS DEL ESTADO S.A.

INCAPACIDAD MÉDICA

Fecha Inicial : 03/11/2022

Días : 5

Fecha Final : 07/11/2022

Concepto Médico :

Diagnóstico Médico:

J342

DESVIACION DEL TABIQUE NASAL

Susana Garcia V.



Médico General

GARCIA VEGA SUSANA MARGARITA

Tarjeta Médica Nro. 1082917668

MEDICINA GENERAL

RESULTADO DE PROCEDIMIENTO**INFORMACIÓN GENERAL**

Fecha Solicitud: 26/10/2022 03:02 p. m. **F. Realización:** 26/10/2022 07:13 p. m. **F. Resultado:** 26/10/2022 07:14 p. m. **CONFIRMADO**

Médico: 21240480 MARIA POLDY SANCHEZ REY

Información Paciente: JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA **Tipo Paciente:** Vinculado **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1030601836 **Edad:** 31 Años / 1 Meses / 8 Días **F. Nacimiento:** 19/09/1991

E.P.S: IPS004 NUEVA CLINICA DEL BARZAL S.A.S

Entidad:

DETALLE DEL RESULTADO

Información Servicio: 879111 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE **Folio:**

Descripción: TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE
CHM

Se realizaron cortes helicoidales con Tomógrafo Multicorte cada 5 mm, desde la base del cráneo hasta la convexidad con los siguientes hallazgos:

HALLAZGOS:

Parénquima del tallo cerebral, cerebelo, ganglios de la base y hemisferios cerebrales presentan adecuada atenuación y configuración con diferenciación normal entre la sustancia blanca y gris. Sin lesión de tipo traumático agudo ni que ocupen espacio.

El espacio subaracnoideo en la base como en la convejidad no muestra alteraciones.

El sistema ventricular se encuentra localizado en línea media, con amplitud y características normales.

Calcificación fisiológica en glándula pineal y glomus de los plexos coroides de los ventrículos laterales.

No hay fractura en las estructuras óseas.

Cavidades senos paranasales y mastoides tienen neumatización adecuada

Aumento de volumen y densidad del tejido blando epicraneal en la región frontal

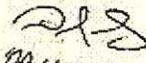
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- SIN LESION INTRACEREBRAL DE TIPO TRAUMATICO AGUDO DEMOSTRABLE.
- CONTUSIÓN DEL TEJIDO BLANDO EPICRANEAL EN LA REGIÓN FRONTAL

LORENA DIAZ 26 de octubre -2022

ESTE ES UN ESTUDIO DINAMICO EL CUAL SE DEBE VALORARSE CONJUNTAMENTE CON LA HISTORIA CLINICA Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Análisis:


Profesional 21240480 - SANCHEZ REY MARIA POLDY
RM 21240480
Especialidad RADIOLOGIA

RESULTADO DE PROCEDIMIENTO

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Solicitud: 26/10/2022 03:02 p. m. **F. Realización:** 26/10/2022 07:13 p. m. **F. Resultado:** 26/10/2022 07:14 p. m. **CONFIRMA DO**

Médico: 21240480 MARIA POLDY SANCHEZ REY

Información Paciente: JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA **Tipo Paciente:** Vinculado **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1030601836 **Edad:** 31 Años / 1 Meses / 8 Días **F. Nacimiento:** 19/09/1991

E.P.S.: IPS004 NUEVA CLINICA DEL BARZAL S.A.S

Entidad:

DETALLE DEL RESULTADO

Información Servicio: 879131 TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA **Folio:**

Descripción: TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CARA CON RECONSTRUCCIÓN EN 3D CHM

Se realizan cortes helicoidales en tomógrafo multicortes en la cara, con reconstrucciones multiplanares, coronales, sagital y 3D.

Hallazgos:

Desviacion del tabique nasal a la derecha con espolon que se impacta a la mucosa del cornete medio e inferior

Las estructuras óseas visualizadas presentan morfología habitual, sin imagen de fractura

Arco cigomático sin alteraciones.

Los senos paranasales presentan neumatización habitual

Las orbitas presentan morfología y densidad normal

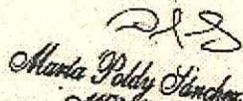
Aumento de volumen y densidad de los tejidos blandos de la cara principalmente en la región frontal

OPINION:

- SIN IMAGEN QUE SUGIERA LUXOFRATURA POSTRAUMA
- DESVIACION DEL TABIQUE NASAL A LA DERECHA CON ESPOLON IMPACTANTE
- CONTUSIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CARA PRINCIPALMENTE EN LA REGIÓN FRONTAL

LORENA DIAZ 26 de octubre -2022
ESTE ES UN ESTUDIO DINAMICO EL CUAL SE DEBE VALORARSE CONJUNTAMENTE CON LA HISTORIA CLINICA Y ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Análisis:


Profesional 21240480 - SANCHEZ REY MARIA POLDY
RM 21240480
Especialidad RADIOLOGIA



NUEVA CLINICA EL BARZAL
CRA 37 # 35 - 17 BARRIO EL BARZAL Tel. 3232801512
NIT: 900470909 - 1
LUGAR FACTURACION: NUEVA CLINICA EL BARZAL S.A.S.
Codigo Habilitación No. 500010142101



FACTURACION ELECTRONICA RESOLUCION DIAN No 18764032516804 de Agosto 03 de 2022, del Número FES 12139 al FES 200000.

SERVICIO: CONSULTA EXTERNA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. FES 16653
FECHA: 29/11/2022 17:31:00
FECHA VENCIMIENTO: 29/12/2022

Empresa Responsable Cuenta		Pag. No. 1	
Nit: 860009578-6 SEGUROS DEL ESTADO S.A.		Contrato: EVENTO	
Paciente:	JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA	Tipo / No. Documento:	CC 1030601836
Dirección:	MZ R CASA 9 BARRIO VILLA MANUELA	Edad:	31 A 2 M 10 D
Estrato:	Particular	Telefono:	3156337019
Admisión:	7024167	T. Usuario:	Particular
		Autorización:	Sin Autorizacion
		Carnet:	
Ingreso:	29/11/2022 17:31:00	Egreso:	29/11/2022 17:31:00
		Dx Egreso:	

Codigo CUP	Soat	Procedimiento	Vr Proced	Cantidad	SubTotal
Procedimientos de diagnósticos					
39143-13	39143-13	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGÍA	57,700.00	1.00	57,700.00
SubTotal			57,700.00		57,700.00

Cita:	05:40:00 . martes, 29 de noviembre de 2022	Vr. Total Servicios Prestado:	57,700.00
Profesional:	JOSE GREGORIO SUAREEZ VARGAS	Copago a realizar por el paciente:	0.00
Consultorio:	ORTOPEDIA JOSU1	Vr. Neto a pagar por la Empresa Responsable:	57,700.00
		Vr. Descuento:	0.00
		Vr. IVA:	0.00
Vr Empresa:	CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE		
Vr Paciente:	CERO PESOS M/CTE		

Nombre, Firma e Identificación del Paciente o Responsable	Firma Cajero	Firma Gerente
--	---------------------	----------------------

Usuario que Elabora: ROBERT ALEXANDER CRUZ ALFONSO

Impreso por Sistemas Citalud SAS Nit. 900366967-2

CUFE: 602857db3f161246671e64dc90c3346b1d80e5b82bf580b9ac914b34bfd020c3dab728bab5f20d2be9f095dc4598

Fecha y Hora Aceptación DIAN 29/11/2022 17:31:00

NUEVA CLINICA EL BARZAL

NIT: 900470909-

CRA 37 # 35 - 17 BARRIO EL BARZAL Tel. 6838282

ORDEN DE INCAPACIDAD

Sistemas CitiSal
27/10/2022 18:56.41

Lugar Atención: NUEVA CLINICA EL BARZAL S.A.S.

HOSPITALIZACION
Código Habilitación:5000101421

Paciente: JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA

Dirección: MZ R CASA 9 BARRIO VILLA MANUEL

Documento: CC 1030601836

Telefono: 3156337019

Sexo/Edad: FEMENINO / 31 A 1 M 8 D

Fecha: 27/10/2022 18:54

Empresa: SEGUROS DEL ESTADO S.A. - EVENTO

Admisión No. 66490

Diagnostico: S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

Tipo de Incapacidad: ACCIDENTE DE TRANSITO

Fecha Inicio: 26/10/2022

Fecha Fin: 30/10/2022

Dias Incapacidad: 5

Observaciones:

SOAT

Profesional:

CAROLINA GUTIERREZ OSSA

Cedula de Ciudadania : 40340381

MEDICO GENERAL



Dra. Carolina Gutierrez Ossa
Médico General
RM 40.340.381

Firma

Impreso por : CAGU3 - CAROLINA GUTIERRE

Lugar Atención: NUEVA CLINICA EL BARZAL S.A.S.

Codigo Habilitación: 500010142101

Tipo Historia: Evolucion Hospitalizacion

No Orden: 5

Paciente: CC 1030601836 JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA

Fecha: 27/10/2022 06:54p.m.

Edad: 31 A 1 M 8 D Sexo: Femenino

Dirección: MZ R CASA 9 BARRIO VILLA MANUELA

Empresa: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Telefono: 3156337019

Via Ingreso: HOSPITALIZACION

Admisión: 66490

0

Diagnóstico: S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

Codigo	Descripcion	Cant.	Via	Dosis/Frecuencia	T. Tratamiento	C. Far
ME0564	NAPROXENO 250 MG TABLETA	750 mg	V.O	250 mg Cada 8 Horas	5 DIAS	15
ME0609	ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA	4000 mg	V.O	1000 mg Cada 6 Horas	5 DIAS	40



Dra. Carolina Gutierrez Ossa
Médico General
RM 40.340.381

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL
CAROLINA GUTIERREZ OSSA
Cedula de Ciudadania : 40340381
MEDICO GENERAL

FIRMA DE QUIEN RECIBE
NOMBRE:
DOCUMENTO IDENTIFICACION:

E P I C R I S I S

Lugar Atención: NUESTRA CLINICA EL BARZAL S.A.S.

Código Habilitación: 500010142101

PACIENTE: JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA
IDENTIFICACION: CC. 1030601836 **EDAD:** 31 A 1 M 7 D **SEXO:** Femenino
SERVICIO DE INGRESO: Hospitalización
FECHA INGRESO: 26/10/2022 01:27
No. HISTORIA: 1030601836
ADMISION No.: 66490
SERVICIO EGRESO: Hospitalización
FECHA EGRESO: 27/10/2022 18:54

UBICACION CAMA: OBSERVACION

MOTIVO SOLICITUD DEL SERVICIO:

ME ACCIDENTE EN LA MOTO Y ME GOLPE LA CARA

ESTADO GENERAL AL INGRESO:

ESTABLE

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE DE 31 AÑOS DE EDAD, REMITIDA DE HOSPITAL DE ACACIAS, POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CONSISTENTE EN ACCIDENTE DE TRANSITO LA CUAL IBA EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTO AL COLISIONAR CONTRA VEHICULO CON POSTERIOR TRAUAM FACIAL, HERIDAS EN REGION FRONTAL Y SUPRACILIAR DERECHA, EDEMA EN DORSO NASAL, LEVE CEFALEA, EMESIS EN 3 OCAIONES, NIEG OTRA SINTOMATOLOGIA. PACIENTE QUE INGRESA CON HERIDAS SUTURADAS LA CUAL REALIZARON EN HOSPITAL DE ACACIAS, REMITEN PARA TOMA DE IMAGENES.

ANT PATOLOGICOS NIEGA
QX NIEGA
TOXICO ALERGICOS NIEGA

AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE ALERTA AFERBIL SIN SDR CON TA 120/70 FR 18 FC 76 SO2 98% C/C MUCOSA ORAL HUMEDA, HERIDA EN REGION FRONTAL Y HERIDA EN REGION SUPRACILIAR SUTURADAS, CON EDEMA EN DORSO NASAL, HERIDAS SUPERFICIAL EN LABIOS, LEVE EQUIMOSIS PUPILAS ISOCIRCAS NORMORREACTIVAS, NO OTORRAGIA, NO DOLOR CERVICAL C/P RSCRS NO SOPLSO, MV CONSERVADOS, NO AGREGADOS, NO SDR ABD BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EXT NO EDEMAS, PERFUSION DIGITAL 1 SEG NEURO CONSCIENTE ALERTA SIN DEFICIT APARENTE, OBEDECE ORDENES, ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS, NO SIGNOS MENINGEOS.

A/ PACIENTE DE 31 AÑOS DE EDAD, REMITIDA DE ACACIAS POR CUADRO DE TCE Y HERIDA EN CARA, INGRESA SIN INESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIN SIRS, SIN REQUERIMIENTO DE EVASOACTIVOS, NI OXIGENO SUPLEMENTARIO, QUIEN S/S TAX DE CRANEO Y CARA CON RECONSTRUCCION 3 D. CONTINUA MANEJO MEDICO.

IDX

TCE LEVE
HERIDAS FACIALES (SUTURADAS)
TRAUMA NASAL

Examen Fisico

EPICRISIS

Lugar Atención: NUEVA CLINICA EL BARZAL S.A.S.

Código Habilitación: 500010142101

PACIENTE: JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA
IDENTIFICACION: CC. 1030601836 **EDAD:** 31 A 1 M 7 D **SEXO:** Femenino
SERVICIO DE INGRESO: Hospitalización
FECHA INGRESO: 26/10/2022 01:27
No. HISTORIA: 1030601836
ADMISION No.: 66490
SERVICIO EGRESO: Hospitalización
FECHA EGRESO: 27/10/2022 18:54

DIAGNOSTICOS DE INGRESO:

Principal	S009	TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
Rel. 1	S011	HERIDA DEL PARPADO Y DE LA REGION PERIOcular
Rel. 2	S018	HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA

CONDUCTA:

PLAN

HOSPITALIZAR
NVO POR AHORA
SSN 0.9 120 C C HORA
OMEPRAZOL 20 MG VO DIA
DICLFOENAC 75 MG IV CADA 12 HORAS
MEOTCLOPRMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS
S/S PARA CLINICOS
S/S TAC DE CRANEO SIMPLE Y CARA CON RECONSTRUCCION 3D
VX POR NEUROCOX Y MAXILOFACIAL SEGUN REPOTE DE TAC
HOJA NEUROLOGICA.

EVOLUCION

26/10/2022 13:52

PLAN DE TRATAMIENTO

FF

26/10/2022 20:53

SUBJETIVA

PACIENTE FEMENINA QUIEN REFIERE DOLOR EN CLAVICULA DERECHA QUE SE ASOLIA LIMITACION DE ELEVACION DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO.

OBJETIVA

PACIENTE ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
CC. PUPILAS ISOCÓRICAS REACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSAS HÚMEDAS SE EVIDENCIA MULTIPLES ECIEONR;ES EN LABIO SUPERIOR E INFERIOR CON EVIDENCIA DE EDEMA GENERALIZADO, OROFARINGE NO CONGESTIVA, NO ERITEMA, NO PLACAS AMÍGDALAS, SIN HIPERTROFIA DE AMIGDALAS. DOROS NASAL CON EVIDENCIA DE ASOCIACION CON EVIDENCIA DE EDEMA.
CUELLO MÓVIL SIN MASAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR NO MASAS NO MEGALIAS NO SE EVIDENCIA ADENOPATÍAS
TÓRAX EXPANSIBLE, NO TIRAJES, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN SOBREGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, MC BUNNEY NEGATIVO, RVOSING NEGATIVO, POSAS NEGATIVO, BLUMBER NEGATIVO, PSOAS NEGATIVO, NO MASAS NO MEGALIAS.
GENITOURINARIO. NO EXPLORADOS
EXTREMIDADES EUTRÓFICAS, MSD: DOLOR A LA PALPACION EN CLAVICULA DERECHA QUE SE IRRADIA REGION ESPALLAR Y TORAX ANTERIOR REJA CISTAL DERECHA, CON LIMITACION AL ELEVACION MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, PSULSOS DITALES PRESNETES, LLENADO CAPITAL MENOR A 2 SEG.
PIEL TURGENTE
OSTEOMUSCULAR. EN PARED POSTERIOR CON LÍNEA MEDIA CONSERVADA, NO DEFORMIDADES DE PARED SNC. CONSCIENTE, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS NO DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE NO SIGNOS MENÍNGEOS GLASGOW 15/15

ANALISIS

PACIENTE FEMENINA QUIENES REMITIDA PRO CUADRO CLINICO DE CACIDNETE TRANSITO EL DIA DE AYER CONE

EPICRISIS

Lugar Atención: NUEVA CLINICA EL BARZAL S.A.S.

Código Habilitación: 500010142101

PACIENTE: JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA
IDENTIFICACION: CC. 1030601836 **EDAD:** 31 A 1 M 7 D **SEXO:** Femenino
SERVICIO DE INGRESO: Hospitalización
FECHA INGRESO: 26/10/2022 01:27
No. HISTORIA: 1030601836
ADMISION No.: 66490
SERVICIO EGRESO: Hospitalización
FECHA EGRESO: 27/10/2022 18:54

- RX HOMBRO DERECHO SIN ALTERACIONES PENDIENTE LECUTRA OFICIAL

ANALISIS

PACIENTE CON IDX ANOTADA EN EL MOMENTO CONSCIENTE REACTIVO SIN DIFIULTAD RESPIRATORIA HEMODICAMETNE ESTABLE AFEBIRL HIDRATADO SIN SIRS, TOLERA VIA ORAL, ABDOMEN NO SIP, A NIVEL OSTEOMISUCLAR CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE LOS ARCOS DE MOVIEITNO DE HOMBRO DERECHO, RX NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES, SE COMETNA CON ORTOPEDISTA DE TURNO QUIEN NO EVIDENCA ALTERACIONES, EN IMAGENES Y VALORA E INDICA PROBABLE CONTUSION, SE IBNDICA MANEJO CON CABESTERILLO Y CONTOROL AMBULATORIO, A NIVEL NEUROLOGICO SIN DEIFICOT MOTOR NI SNSTIVO, TAC DE CRANEO Y DE CARA NO SE EVIDENCIO ALTERACIONES, PENDIENTE OFICIAL, SE COMETNA CON CX MAXILOFACIL QUIEN VALORARA EN HORAS DE LA TARDE PARA DEFINIR PROBABLE.

PLAN

PENDINTE VALORACION POR CX MAXILOFACILA
CABESTREILLO DEMIEMBRO SUPERIOR DERECHO
CONTINUAR MANEJO ESTBLECIDO.

OBJETIVA

S

ANALISIS

S

PLAN DE TRATAMIENTO

S

27/10/2022 15:15

PLAN DE TRATAMIENTO

FF

27/10/2022 18:01

PLAN DE TRATAMIENTO

FF

27/10/2022 18:54

SUBJETIVA

OBJETIVA

ANALISIS

PLAN

NAPROXENO 250 MG VO CADA 8 HORAS
ACETAMINOFEN 1G VO CADA 6 HORAS
CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS
INCAPACIDAD MEDICA POR 5 DIAS

PLAN DE TRATAMIENTO

E P I C R I S I S

Lugar Atención: NUEVA CLINICA EL BARZAL S.A.S.

Código Habilitación: 500010142101

PACIENTE: JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA

No. HISTORIA: 1030601836

IDENTIFICACION: CC. 1030601836 EDAD: 31 A 1 M 7 D SEXO: Femenino

ADMISION No.: 66490

SERVICIO DE INGRESO: Hospitalización

SERVICIO EGRESO: Hospitalización

FECHA INGRESO: 26/10/2022 01:27

FECHA EGRESO: 27/10/2022 18:54

PACIENTE CON IDX

- TRAUMA CRANEANO MODERADO
- TRAUMA EN REGION FACIAL
- CONTUSION EN HOMBRO DERECHO

PARACLINISNO

- TAC DE CRANEO NO EVIDENCIO TRAZOS DE FRACTURA NI ZONAS HIPODENSAS, PENDIENTE LECUTAR OFICIAL
- TAC DE CARA BNO SE EVIDENCIA ALTERACIONES, PENDEINTE LECUTRA OFICIAL
- RX DE CARA SIN ALTERCOIENS PENDIENTE LECUT RAO FICIAL
- RX HOMBRO DERECHO SIN ALTERACIONES PENDIENTE LECUTRA OFICIAL

ANALISIS

PACIENTE CON IDX ANOTADA EN EL MOMENTO CONSCIENTE REACTIVO SIN DIFIUCLTAD RESPIRATORIA HEMODICAMETNE ESTABLE AFEBIRL HIDRATADO SIN SIRS, TOLERA VIA ORAL, ABDOMEN NO SIP, A NIVEL OSTEOMISUCLAR CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE LOS ARCOS DE MOVIEITNO DE HOMBRO DERECHO, RX NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES, SE COMETNA CON ORTOPEDISTA DE TURNO QUIIEN NO EVIDENCA ALTERACIONES, EN IMAGENES Y VALORA E INDICA PROBABLE CONTUSION, SE IBNDICA MANEJO CON CABESTERILLO Y CONTOROL AMBULATORIO, A NIVEL NEUROLOGICO SIN DEIFICOT MOTOR NI SNSTIVO, TAC DE CRANEO Y DE CARA NO SE EVIDENCIO ALTERACIONES VALORADO POR CIRUJANO MAXILOFACIAL QUIEN INIDCA EGRESO HOSPITALARIO CON REOCMENDACIONES Y SIGNOIS DE ALRMA PARA RECONSULTAR PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

PLAN

NAPROXENO 250 MG VO CADA 8 HORAS
ACETAMINOFEN 1G VO CADA 6 HORAS
CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS
INCAPACIDAD MEDICA POR 5 DIAS

DIAGNOSTICOS DE EGRESO:

Principal: S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA
Relacionado 1: S011 HERIDA DEL PARPADO Y DE LA REGION PERIOCLAR
Relacionado 2: S018 HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA

E P I C R I S I S

Lugar Atención: NUESTRA CLINICA EL BARZAL S.A.S.

Código Habilitación: 500010142101

PACIENTE: JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA
IDENTIFICACION: CC. 1030601836 **EDAD:** 31 A 1 M 7 D **SEXO:** Femenino
SERVICIO DE INGRESO: Hospitalización
FECHA INGRESO: 26/10/2022 01:27
No. HISTORIA: 1030601836
ADMISION No.: 66490
SERVICIO EGRESO: Hospitalización
FECHA EGRESO: 27/10/2022 18:54

PLAN DE MANEJO:

PACIENTE CON IDX
- TRAUMA CRANEANO MODERADO
- TRAUMA EN REGION FACIAL
- CONTUSION EN HOMBRO DERECHO

PARACLINICO

- TAC DE CRANEO NO EVIDENCIO TRAZOS DE FRACTURA NI ZONAS HIPODENSAS, PENDIENTE LECTURA OFICIAL
- TAC DE CARA NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES, PENDIENTE LECTURA OFICIAL
- RX DE CARA SIN ALTERACIONES PENDIENTE LECTURA OFICIAL
- RX HOMBRO DERECHO SIN ALTERACIONES PENDIENTE LECTURA OFICIAL

ANALISIS

PACIENTE CON IDX ANOTADA EN EL MOMENTO CONSCIENTE REACTIVO SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA HEMODINAMIA ESTABLE AFEBRIL HIDRATADO SIN SIGNOS, TOLERA VIA ORAL, ABDOMEN NO DOLOROSO, A NIVEL OSTEOARTICULAR CON DOLOR EDEMA Y LIMITACION DE LOS ARCOS DE MOVIMIENTO DE HOMBRO DERECHO, RX NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES, SE CONSULTA CON ORTOPEDISTA DE TURNO QUIEN NO EVIDENCIA ALTERACIONES, EN IMAGENES Y VALORA E INDICA PROBABLE CONTUSION, SE INDICA MANEJO CON CANGREY Y CONTROL AMBULATORIO, A NIVEL NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSORIAL, TAC DE CRANEO Y DE CARA NO SE EVIDENCIO ALTERACIONES VALORADO POR CIRUJANO MAXILOFACIAL QUIEN INDICA EGRESO HOSPITALARIO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

PLAN

NAPROXENO 250 MG VO CADA 8 HORAS
ACETAMINOFEN 1G VO CADA 6 HORAS
CONTROL POR ORTOPEDIA EN 15 DIAS
INCAPACIDAD MEDICA POR 5 DIAS

MEDICO QUE ELABORA:

CAROLINA GUTIERREZ OSSA
Cedula de Ciudadania : 40340381
MEDICO GENERAL

EPICRISIS

Lugar Atención: NUESTRA CLÍNICA EL BARZAL S.A.S.

Código Habilitación: 500010142101

PACIENTE: JOHANA SIRLEY TRUJILLO RIVERA

No. HISTORIA: 1030601836

IDENTIFICACION: CC. 1030601836 EDAD: 31 A 1 M 7 D SEXO: Femenino

ADMISION No.: 66490

SERVICIO DE INGRESO: Hospitalización

SERVICIO EGRESO: Hospitalización

FECHA INGRESO: 26/10/2022 01:27

FECHA EGRESO: 27/10/2022 18:54

VIDIENCIA D ETRAUMA FACIAL GENRALIZADO ; Y TRAUMA CRANOE ENCAFLICO, SE EVDIENCIA A PAICNETE ALERT AFEBRIL CON EVDIENCIA DE ESTBAILDIAD HEMODINAMICA, SE EVDIENCIA EN EXTRAMIDADES EXTREMIDADES EUTRÓFICAS, MSD: DOLOR A LA PALPACION EN CLAVIULA DERECHA QUE SE IRRADIA REGION ESPPULAR Y TORAX ANTERIOIR REJA CISTAL DERECHA, CON LIMITACIONA AL ELEVAICOND EMIEMBRO SUEIROIR DERECHO, PSULSOS DITALES PRESNETES, LLENADO CAPIALR MENOR A 2 SEG. POR LO QUE SE SOLICITATOAM DE IAMGENES SE EXPLICA AAPIENTE QUEINR EFIERE ENTEND ERY ACEPTAR.

PLAN DE TRATAMIENTO

PLAN

HOSPITALIZAR

NVO POR AHORA

SSN 0.9 120 C C HORA

OMEPRAZOL 20 MG VO DIA

DICLFOENAC 75 MG IV CADA 12 HORAS

MEOTCLOPRMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS

S/S PARACLINICOS

S/S TAC DE CRANEO SIMPLE Y CARA CON RECONSTRUCCION 3D.

SS RX DE TORAX , SS RX DE HOMBRO Y CLAVICULA DERECHA.

VX POR NEUROCOX Y MAXILOFACIAL SEGUN REPOTE DE TAC

HOJA NEUROLOGICA.

26/10/2022 20:57**SUBJETIVA**

NOTA D EINGRESO REALIZADA POR DRA LINA GELASIO, SE REALIZA INGRESO CON CODIGO INCORRECTO PRO ERROR HUMANO

OBJETIVA

NOTA D EINGRESO REALIZADA POR DRA LINA GELASIO, SE REALIZA INGRESO CON CODIGO INCORRECTO PRO ERROR HUMANO

ANALISIS

NOTA D EINGRESO REALIZADA POR DRA LINA GELASIO, SE REALIZA INGRESO CON CODIGO INCORRECTO PRO ERROR HUMANO

PLAN DE TRATAMIENTO

NOTA D EINGRESO REALIZADA POR DRA LINA GELASIO, SE REALIZA INGRESO CON CODIGO INCORRECTO PRO ERROR HUMANO

27/10/2022 11:55**SUBJETIVA**

NOTA MEDCIA

PACIENTE CON IDX

- TRAUMA CRANEANO MODERADO

- TRAUMA EN REGION FACIAL

- CONTUSION EN HOMBRO DERECHO

SUIGNOS VITALES

TA 123/70MMHG FC 80L/ MI NSAT 96% GLASGOW 15/15

PARACLICNISO

-TAC DE CRANEO NO EVIDENCIO TRAZOS DE FRACTURA NI ZONAS HIPODENSAS, PENDIENTE LECUTAR OFICIAL

- TAC DE CARA BNO SE EVIDENCIA ALTERACIONES, PENDEINTE LECUTRA OFICIAL

- RX DE CARA SIN ALTERCOIENS PENDIENTE LECUT RAO FICIAL