

TA 122/78 (93)

FC 98%
SpO2 96%

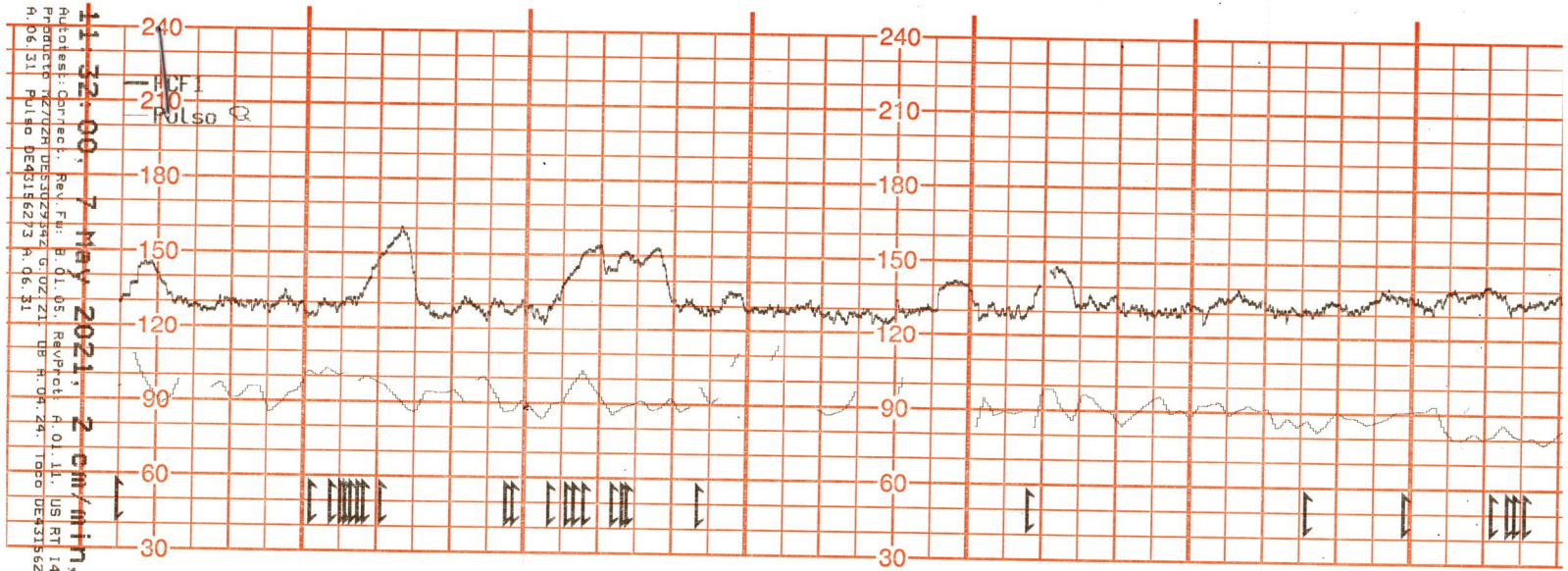


FECHA: 7 mayo 21
NOMBRE: Jessica Alfonso Puy
IDENTIDAD: 1117971714
ENTIDAD: Als

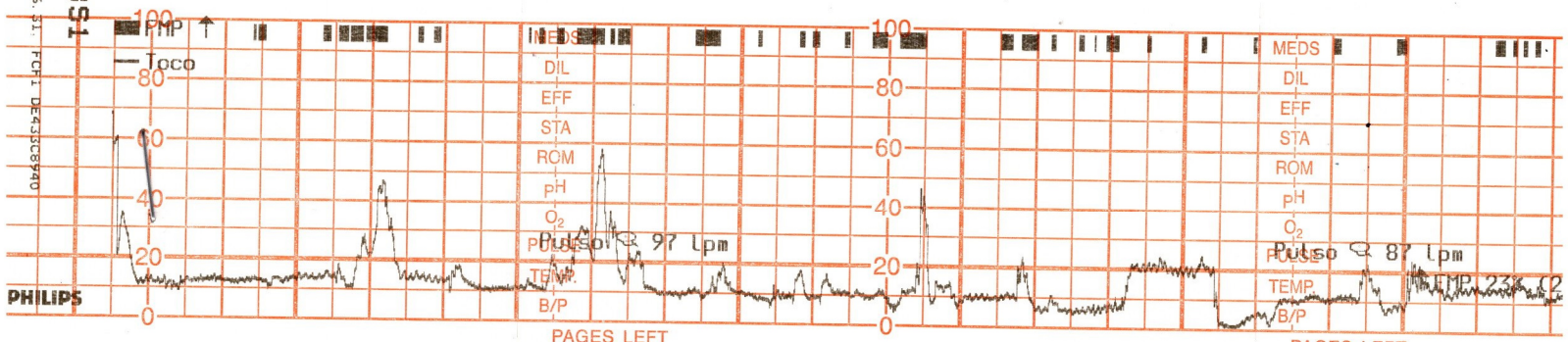
MONITORIA FETAL

ANTEPARTO ☒ INTRAPARTO _____
REACTIVO ☒ NO REACTIVO _____ POSITIVA _____ NEGATIVA _____
FRECUENCIA CARDIACA FETAL: 130 LPM
DESACELERACIONES: NO ☒ SI _____ TIPO: _____
VARIABILIDAD: CONSERVADA ☒ NO CONSERVADA _____
MOVIENTOS FETALES: POSITIVOS ☒ NEGATIVOS _____
CONCLUSION: Categoría I

SB108006



11:40, 7 May 2021, 2



PAGES LEFT

PAGES LEFT

58700

098

58701

097



AUTORIZACION ESPECIAL

PACIENTE: Yesica Alfonso Puyo FACTURA: _____
HISTORIA CLINICA: 1117971714
FECHA DE INGRESO: 2015-21 FECHA DE EGRESO: _____
ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: XIS

Por medio del presente documento, doy constancia expresa de haber recibido los servicios prestados por la CLINICA MEDILASER S.A., dentro del periodo aquí consignado con fecha de ingreso y egreso de este centro asistencial; igualmente confiero AUTORIZACION ESPECIAL al representante legal de la CLINICA MEDILASER S.A. y/o quien éste delegue, para que por vía de excepción y en mi nombre, firme y radique la factura originada por la prestación de servicios de salud que esta IPS me ofreció, con cargo a

Lo anterior de conformidad al Decreto 4747 de 2007.

FIRMA USUARIO(A) o
ACUDIENTE: Yesica Alfonso Puyo

Nombres y apellidos: Yesica Alfonso Puyo

No. De Identificación: 1117971714

Nombre usuario: _____

No. De Identificación: _____



Índice Derecho