



Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S

6/03/2023

CALI (SANTIAGO DE CALI)

La Ciudad

## CERTIFICADO DE ESTADO DE CUENTA

Certificamos que la señor(a) **AURA ISABELLA VERGARA MARTINEZ** identificado(a) con CC - 1107836976 expedida en (CALI (SANTIAGO DE CALI) (VALLE)).

Fue atendido(a) por nuestra institución por accidente de tránsito ocurrido el día 4/03/2023 con la póliza N.3308004918498000.

LA PREVISORA S.A.

4,149,391.00

DISPONIBLE

7,010,479.00



Dpto SIAU

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL**  
**FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS**  
**PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS CATASTROFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.**  
**PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - FURIPS**

Fecha Radicación:  
No. Radicado Anterior (Respuesta  
a glosa, marcar x en RG:

RG ☐

No. Radicado:  
No. Factura / Cuenta de Cobro:

**I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

Razón Social: Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S  
Codigo Habilitación: 760010961402

NIT: 900631361 6

**II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO**

1er Apellido: VERGARA

2do. Apellido: MARTINEZ

1er. Nombre: AURA

2do. Nombre: ISABELLA

Tipo de Documento: CC

No. Documento: 1107836976

Fecha Nacimiento: 3/10/2004

Sexo: F

Dirección Residencia: CALLE 13 # 50-45

Departamento: VALLE

Cod: 76

Teléfono: 3046427177 3046427177

Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI)

Cod: 001

Condición del Accidentado: Conductor

Peatón

Ocupante X

Ciclista

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

**Naturaleza del Evento:**

Accidente de Tránsito: ☒

**Naturales:**

Sismo

Maremoto

Erupciones Volcánicas

Huracan

Inundaciones

Avalancha

Deslizamiento de Tierra

Incendio Natural

Rayo

Vendaval

Tornado

**Terroristas:**

Explosión

Masacre

Mina Antipersonal

Combate

Incendio

Ataques a Municipios

Otros

Cual?

Dirección de la Ocurrencia: CARRERA 32 CON CALLE 15

Fecha Evento / Accidente: 4/03/2023

Hora: 21:41

Departamento: VALLE

Cod: 76

Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI)

Cod: 001

Zona: Urbana

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito

Enuncie las Principales Características del Evento / Accidente: PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTOCICLETA DE PLACA KRI71F QUE AL TRANSITAR EN VÍA PÚBLICA, EL CONDUCTOR COLISIONA CON AUTOMÓVIL Y CAE GENERANDO LESIÓN, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.

**IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO**

Estado de Aseguramiento:

Asegurado ☒

No Asegurado

Vehículo Fantasma

Poliza Falsa

Vehículo en Fuga

Marca: HERO

Placa: KRI71F

Tipo de Servicio:

Particular ☒

Público

Oficial

Vehículo de Emergencia

Vehículo de servicio diplomático o consular

Vehículo de Transporte Masivo

Vehículo Escolar

Código de la Aseguradora: AT1324

No. de la Póliza: 3308004918498000

Cobro Excedente Póliza: NO

Vigencia Desde: 21/12/2022

Hasta: 20/12/2023

Intervención de la autoridad: NO

**V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO**

1er Apellido o Razon Solcial: ZAMORA

2do. Apellido: CURREA

1er. Nombre: MARLIO

2do. Nombre: ALDAIR

Tipo de Documento: CC

No. Documento: 1107090988

Dirección Residencia: CARRERA 37 AF # 15-01

Departamento: VALLE

Cod: 76

Telefono: 3002010464

Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI)

Cod: 001

## VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSporte

1er Apellido: CEBALLOS  
1er. Nombre: JUAN

2do. Apellido: CARDONA  
2do. Nombre: FERNANDO

Tipo de Documento: CEDULA DE CIUDADANIA  
Dirección Residencia: CARRERA 37 AF # 15-01  
Departamento: VALLE  
Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI)

No. Documento: 1000416429

Cod: 76  
Cod: 001

Telefono: 3002010464

## VII. DATOS DE REMISION

Tipo de Referencia Remision: Orden deservicio:  
Fecha de Remision: Hora:  
Prestador que remite  
Codigo de Inscripción:  
Profesional que remite  
Fecha de Aceptacion:  
Prestador que Recibe:  
Codigo de Inscripción:  
Profesional que Recibe:

Cargo:

Hora:

Cargo:

## VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Diligenciar unicamente para el transporte desde el sitio del evento hasta la primera IPS (Transporte Primario)

Datos del Vehículo Placa: BYR612

Transporto la victima desde: CARRERA 32 CON CALLE 15

Hasta: Carrera 40 # 9 - 15

Tipo de Transporte Ambulancia Basica

Ambulancia Medicalizada

Lugar donde recoge la victima: CARRERA 32 CON CALLE 15

Zona: Urbana

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

Fecha de Ingreso: 4/03/2023 Hora: 22:43

Fecha de Egreso: Hora:

Codigo Diagnostico principal de Ingresos: S099

TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO

Otro Diagnostico de Ingresos: S202

CONTUSION DEL TORAX

Otro Diagnostico de Ingresos: S602

CONTUSION DE OTRAS PARTES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

Codigo Diagnostico principal de Egreso: S626

FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

Otro Diagnostico de Egreso:

Otro Diagnostico de Egreso:

### Profesional Tratante

1er Apellido: SALAS  
1er Nombre: ANDERSON  
Tipo de Documento: CC

2do Apellido: CASTILLO  
2do Nombre: DAVID  
No. Documento: 1086134506  
No. Registro Médico: 1086134506

## X. AMPAROS QUE RECLAMA

	Valor Total Facturado	Valor Reclamado al FOSYGA
Gastos Médico Quirurgicos	\$ 478,235.00	\$ 0.00
Gastos de Transporte y Movilización de la Víctima	0	0

El total facturado y reclamado descrito en este numeral se debe detallar y hacer descripción de las actividades, procedimientos, medicamentos, Insumos, suministros y materiales, dentro del anexo tecnico numero 2.

## 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 del juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Compañía de Seguros, por la Dirección de Administración de Fondo de Protección Social o quien haga sus veces, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la Republica de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

PAOLA ALVARADO

Nombre

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O SU DELEGADO

# Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S

## Epicrisis

Page 1 of 2

No. Caso: 70442

### Datos de Identificación del Paciente

1er Apellido CEBALLOS 2do Apellido CARDONA 1er Nombre JUAN 2do Nombre FERNANDO Documento Identidad CC - 1000416429  
Sexo: M Fecha Nacimiento: 26/02/2001 Edad: 22 Años

### Datos de la Atención

Fecha Ingreso: 4/03/2023 - 22:38 Fecha de Egreso: -  
Servicio al que Ingreso: URGENCIAS

Servicio Egreso:

## Descripción

**Motivo de Consulta:** ACCIDENTE DE TRANSITO

### Enfermedad Actual

INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS TRAI DO EN AMBULANCIA POR PARAMEDICOS QUIEN SUFRE ACCIDENTE DE TRANSITO PRESENTANDO TRAUMA CRANEOECENFALICO, SIN PERDIDA DE CONOCIMIENTO, SIN AMNESIA DEL EVENTO, TRAUMA DE ABDOMEN CERRADO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, TRAUMA EN MUSLO Y RODILLA DERECHA, MUSLO IZQUIERDO, CON LIMITACION A LA MOVILIDAD, POSTERIOR DOLOR EVA 8/10, NIEGA TRAUMA DE TORAX, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

### Antecedentes

DIABETES : NIEGA,  
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,  
TABAQUISMO : NIEGA,  
ASMA : NIEGA,  
IVU : NIEGA,  
EPOC : NIEGA,

OBESIDAD : NIEGA,  
COLAGENESIS : NIEGA,  
CARDIOPATIA : NIEGA,  
RENAL CRÓNICO : NIEGA,  
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,

ALERGICOS : NIEGA ALERGIAS.

OTROS : PATOLOGICOS: NIEGA

FARMACOLOGICOS. NIEGA

QUIRURGICOS: AMIGDALECTOMIA A LOS 7 AÑOS, HERNIORRAFIA UMBILICAL A LOS 5 AÑOS

TOXICOS: ALCOHOL OCASIONAL, CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (MARIHUANA)

NIEGA SIGNOS O SINTOMAS RELACIONADOS CON SARS COV2

PRM :

### Revision por Sistemas

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : CABEZA: DOLOR

CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA

TORAX : NIEGA SINTOMATOLOGIA

ABDOMEN : DOLOR

GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA

PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA

DORSO Y EXTREMIDADES : MUSLO Y RODILLA DERECHA

MUSLO IZQUIERDO: DOLOR

S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

### Hallazgos del Examen Físico

FC: 80 FR: 20 P.A.: 120/66 Temp: 36.3

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS MENTALES.

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : CABEZA: NORMOCEFALA, REFIERE CEFALEA DE LEVE INTENSIDAD.

CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE

TORAX : SIN ALTERACION APARENTE

ABDOMEN : BLANDO, DEPRESIBLE, REFIERE DOLOR A LA PALPACION EN REGION HIPOGASTRIO, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE

PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE

DORSO Y EXTREMIDADES : MUSLO Y RODILLA DERECHA: SIN EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, REFIERE DOLOR A LA PALPACION A NIVEL DE MUSLO, ARCOS DE MOVILIDAD LIMITADOS POR DOLOR A NIVEL DE RODILLA, SIN DEFICIT NEUROVASCULAR.

MUSLO IZQUIERDO: SIN EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS, REFIERE DOLOR A LA PALPACION, SIN DEFICIT NEUROVASCULAR.

S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

### Diagnóstico de Ingreso

S009 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

# Inversiones Médicas Valle Salud S.A.S

## Epicrisis

Page 2 of 2

No. Caso: 70442

Epicrisis Paciente: CC 1000416429 JUAN FERNANDO CEBALLOS CARDONA

S307 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DEL ABDOMEN, DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS  
S707 TRAUMATISMOS SUPERFICIALES MULTIPLES DE LA CADERA Y DEL MUSLO  
S837 TRAUMATISMO DE ESTRUCTURAS MULTIPLES DE LA RODILLA  
TCE LEVE

TRAUMA DE ABDOMEN CERRADO  
TRAUMA EN MUSLO DERECHO  
TRAUMA EN RODILLA DERECHA  
TRAUMA EN MUSLO IZQUIERDO.

### Conducta

NINGUNO  
VER HC

### Cambio en el estado del paciente

PACIENTE ALERTA CONCIENTE DOLOR EN TESTICULOS

### Resultados de Procedimientos Diagnosticos

VER HC

### Justificación de indicaciones terapeuticas

VER H C

### Plan de manejo ambulatorio

ALTA VOLUNTARIA.

### Diagnóstico de Egreso

TCE LEVE

TRAUMA TESTICULARES

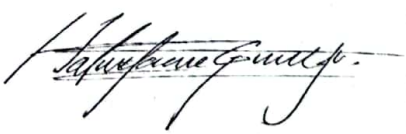
S008 TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA

Estado al Egreso: Vivo

Estado General a la Salida: SALE POR SUS PROPIOS MEDIOS EN ALTA VOLUNTARIA.

Incapacidad (días): 0

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE  
PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.



Dr. HOLMES DE JESUS JARMA CAMARGO  
Reg.M. 844

Paciente: **VERGARA MARTINEZ AURA ISABELLA** (No Interno: 37.334.397)

**Identificación del Paciente**

Paciente **VERGARA MARTINEZ AURA ISABELLA** Doc. de identificación **CC 1107836976**  
Fecha de Nacimiento **03-octubre-2004** Edad **18 Años 5 Meses 3 Días** Sexo **Femenino** Grupo Sanguíneo  
Estado Civil Ocupación  
Teléfono **3046427177** Celular **3002010464**  
Dirección **CARRERA 37 AF #15-01 - SANTIAGO DE CALI - VALLE DEL CAUCA**  
Responsable **AURA ISABELLA VERGARA MARTINEZ**

**Llegada del Paciente**

**Ingreso al Servicio**

Fecha y hora de Ingreso **06-mar.-2023 18:33** Fecha y hora de Atención **06-mar.-2023 19:52**  
El paciente se moviliza por sus propios medios? **No** Medio de transporte  
Estado de llegada **Alerta** Procedencia **Domicilio**  
Llegó remitido de

**Causa de Consulta y Anamnesis**

Causa del evento: **ACCIDENTE DE TRANSITO**  
Fecha de ocurrencia: **04/03/2023 21:41** Tipo de evento: **Accidente de transito**  
Tipo consulta PyP: Sitio de ocurrencia: **CALLE 15 CON CARRERA 32**

**Enfermedad Actual - (Anamnesis)**

\*\*\* VALORACION MEDICINA EQUIPO MEDICO SOAT/ARL \*\*\*

MOTIVO DE CONSULTA: "ACCIDENTE DE TRANSITO."

VERSION DE LOS HECHOS: PACIENTE QUIEN EL DIA 04-03-2023 SE MOVILIZABA SOBRE LA VIA PUBLICA EN CALIDAD DE PASAJERA DE MOTO Y COMENTA QUE COLISIONAN CONTRA UN CARRO A BAJA VELOCIDAD CON POSTERIOR VOLCAMIENTO PRESENTANDO CONTUSIONES EN CABEZA, COLUMNA TOTAL, MANO DERECHA.

--VALORADO INICIALMENTE EN CLINICA VALLE SALUD DONDE REALIZAN TAC DE CRANEO SIN LESIONES APARENTES, RADIOGRAFIAS CON FRACTURA DE LA FALANGE PROXIMAL DEL 5TO DEDO MANO DERECHA.

--FIRMAN RETIRO VOLUNTARIO Y CONSULTA A IMBANACO, ACUDE PARA VALORACION POR ORTOPEDIA PRA DEFINIR CONSULTA RESPECTO A FRACTURA DE MANO DERECHA, NIEGA CEFALEA, NIEGA NAUSEAS NIEGA VOMITO, COMENTA DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES NORMALES, NIEGA EXACERBACION DEL DOLOR EN COLUMNA, NIEGA ALTERACIONES DE FUERZA O SENSIBILIDAD DE EXTREMIDADES

EPS: SOS SOAT: LA PREVISORA

CALIDAD: PASAJERA DE MOTO

TRAUMAS: CONTUSIONES EN CABEZA, COLUMNA TOTAL, MANO DERECHA.

**Atención Clínica**

**Antecedentes Personales**

Patológicos No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 03 Ene 2023 16:04:)  
Patológicos No Menciona Ningún Antecedente de Importancia para la Atención - (Reg: 06 Mar 2023 20:49:)

**Signos vitales**

Fecha	P. A.	PAM	P. Pulm.	PPM	PVC	Temp °C	F.Card.	F. Resp	Sat O2	FI02
06/mar./2023 18:35	118/75	89	/			35.9	81	20	100	
06/mar./2023 20:09	118/75		/			35.9	81	20	100	

**Examen Físico**

**06 marzo 2023 20:09 - (URG PO LADO A)**

Estado General. .... **BUEN ESTADO GENERAL**  
Cabeza. .... **NORMOCEFALICO, SIN DOLOR NI HERIDAS EN ESCALPO**  
Boca y Faringe. .... **PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA ROSADA, AGUDEZA VISUAL BILATERAL CONSERVADA**  
Cuello. .... **MÓVIL, SIMÉTRICO NO DOLOROSO**  
Tórax. .... **SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACIÓN DE REJA COSTAL, SIN**

Paciente: VERGARA MARTINEZ AURA ISABELLA (No Interno: 37.334.397)

Abdomen. ....	ESTIGMAS DE TRAUMA, AUSCULTACIÓN CARDIACA Y PULMONAR NORMALES
Genito - Urinario. ....	ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO SIN ESTIGMAS
Musculo-esquelético. ....	DE TRAUMA, SIN SIGNOS APARENTES DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
Neurológico. ....	OMITO
Piel. ....	MANO DERECHA CON DOLOR EDEMA Y EQUIMOSIS EN 5TO MTC, QUINTO DEDO MANO
Analisis. ....	DERECHA CON DOLOR EDEMA Y EQUIMOSIS A NIVEL DE ARTICULACION
	METACARPOFALANGICA.
	ALERTA SIN DÉFICIT APARENTE, SCG 15/15
	NORMAL
	PACIENTE CON ACCIDENTE DE TRANSITO HACE DOS DIAS VALORADA INICIALEMTE EN
	PERIFERIA DONDE REALIZAN ESTDIOS CON POSITIVO: FRACTURA DEL 5TO DEDO MANO
	DERECHA HOY FIRMA RERTO VOLUNTARIO Y ACUDE A IMBANACO PARA DEFINIRI
	CONDUCTA RESPECTO FRACTURA DE LA MANO DERECHA. AL INGRESO PACIENTE
	ESTABLE CON DEMAS HALLAZGOS AL EF. INDICO INGRESO PARA ANALGESIA, RX DE
	MANO DERECHA Y DEL 5TO DEDO MANO DERECHA, VALORACION POR ORTOPEDIA CON
	IMAGEN
Triage. ....	3
Firmado electrónicamente por ALVARO JOSE MARTINEZ CARDENAS -- MEDICINA GENERAL Tarjeta Profesional: 1116267462 Identificación CC 1116267462	

Diagnósticos de Ingreso	Localización	Tipo DX
-- (S600) CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S) 5TO DEDO MANO DERECHA	Derecha	Impresion Diagnóstica
Firmado electrónicamente por ALVARO JOSE MARTINEZ CARDENAS -- MEDICINA GENERAL Tarjeta Profesional: 1116267462 Identificación CC 1116267462		
-- (S626) FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO	Derecha	Impresion Diagnóstica
Firmado electrónicamente por WILLY PAUL STANGL CORREA -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA Tarjeta Profesional: 1107014760 Identificación CC 1107047603		

**Notas de Interconsultas**

06 marzo 2023 20:53 - (URG PO LADO A)  
INTERCONSULTA ORTOPEDIA

MC "TRAUMA EN DEDO MEÑIQUE DERECHO"

EA: PACIENTE CONSULTA POR TRAUMA EN MEÑIQUE DERECHO EL 04/03/2023 POR ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PASAJERO DE MOTOCICLETA, REFIERE COLISION EN VIA PUBLICA CONTRA VEHICULO PARTICULAR A BAJA VELOCIDAD. TRAUMA CRANEOENCEFALICO Y EN MANO DERECHA. ATENCION INICIAL EXTRAINSTITUCIONAL, SOLICITA SALIDA VOLUNTARIA. HOY INGRESA A CMI.

EXAMEN FISICO

MANO DERECHA PRESENTA DEFORMIDAD (ANGULACION CUBITAL) EN MEÑIQUE DERECHO. EDEMA, PERFUSION DISTAL 3 SEGUNDOS. NO HERIDAS.

ANALISIS

CURSA CON FRACTURA EN FALANGE PROXIMAL DE MEÑIQUE DERECHO REQUIERE MANEJO CON REDUCCION CERRADA E INMOVILIZACION, SE SOLICITA RX POSTREDUCCION. SE COMENTARA CON GRUPO DE CIRUGIA DE MANO.

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por WILLY PAUL STANGL CORREA -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
Tarjeta Profesional: 1107014760 Identificación CC 1107047603

**Notas de Evolución**

06 marzo 2023 21:46 - (URG PO LADO A)  
Día de Hospitalización No. 1

Diagnósticos:

(S626) FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO  
(S600) CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)

# Historia Clínica de la Atención

## URGENCIAS

Dirección: Cra 38 Bis No 5B2-04. SP 0 Y 1  
Teléfono Directo: 3821000 -- Conmutador: 20000

Atención No.16254908

Página 3 de 5  
06-mar.-2023 22:41

Paciente: **VERGARA MARTINEZ AURA ISABELLA** (No Interno: 37.334.397)

Tipo Estancia: Egreso

Criterio: No requerimiento de medicación EV

### REVALORACION ORTOPEdia

SE REVALORA PACIENTE CON RX DE MEÑIQUE DERECHO POSTREDUCCION ENCONTRANDO FRACTURA BIEN REDUCIDA EN AP Y ALTERAL. SE DECIDE CONTINUAR MANEJO ORTOPEdICO CON INMOVILIZAIOCN ACTUAL Y CONTROL ORTOPEdia EN DOS SEMANAS CON NUEVA RX.

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **WILLY PAUL STANGL CORREA** -- ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA  
Tarjeta Profesional: 1107014760 Identificación CC 1107047603

### Nota de Egreso

06 marzo 2023 21:49 - (URG PO LADO A)

Se dan recomendaciones al paciente/familia

Firmado electrónicamente por **WILLY PAUL STANGL CORREA** -- ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA  
Tarjeta Profesional: 1107014760 Identificación CC 1107047603

### Ordenes de Exámenes

06 marzo 2023 20:10 - (URG PO LADO A)

\* (Hora: 20:10) 873210 RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO Observaciones TRAUMA QUINTO DEDO MANO DERECHA CON DOLOR EDEMA Y EQUIMOSIS A NIVEL DE ARTICULACION METACARPOFALANGICA. Ubicación Derecha

\* (Hora: 20:10) 873210B RADIOGRAFIA DE MANO AP Y LATERAL Observaciones TRAUMA MANO DERECHA CON DOLOR EDEMA Y EQUIMOSIS EN STO MTC, Ubicación Derecha

Firmado electrónicamente por **ALVARO JOSE MARTINEZ CARDENAS** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1116267462 Identificación CC 1116267462

06 marzo 2023 20:49 - (URG PO LADO A)

\* (Hora: 20:49) 890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA) Ubicación No Aplica

Firmado electrónicamente por **ALVARO JOSE MARTINEZ CARDENAS** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1116267462 Identificación CC 1116267462

06 marzo 2023 21:09 - (URG PO LADO A)

\* (Hora: 21:09) 873210 RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO Observaciones MEÑIQUE DERECHO POSTREDUCCION Ubicación Derecha

Firmado electrónicamente por **WILLY PAUL STANGL CORREA** -- ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA  
Tarjeta Profesional: 1107014760 Identificación CC 1107047603

06 marzo 2023 21:48 - (URG PO LADO A)

\* (Hora: 21:48) 890380 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA Observaciones CONTROL ORTOPEdia EN DOS SEMANAS CON DR PAUL STANGL PEDIR CITA AL 3155383600 CONSULTORIO 708 TORRE A IMBANACO Ubicación No Aplica

\* (Hora: 21:48) 873210 RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO Observaciones MEÑIQUE DERECHO CONTORL EN 15 DÍAS AMBULATORIO Ubicación Derecha

Firmado electrónicamente por **WILLY PAUL STANGL CORREA** -- ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA  
Tarjeta Profesional: 1107014760 Identificación CC 1107047603

### Ordenes de Medicamentos

06 marzo 2023 20:09 - (URG PO LADO A)

\* PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL Dosificación: 1 GRAMO Observaciones: ENDOVENOSA CADA 8 HORAS DURANTE 1 DÍAS APLICAR 1 GRAMO IV CADA 8 HORAS

Firmado electrónicamente por **ALVARO JOSE MARTINEZ CARDENAS** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1116267462 Identificación CC 1116267462

### Nota Quirúrgica

06 marzo 2023 20:52 - (URG PO LADO A)

Paciente: **VERGARA MARTINEZ AURA ISABELLA** (No Interno: 37.334.397)

**790901 REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)**

Fecha: 06 mar. 2023 20:52

Lateralidad: Derecha

Medico: WILLY PAUL STANGL CORREA

Dx Principal: S626 FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

Dx Relacionado: -o-

Dx de Complicación: -o-

**Descripción de acto quirúrgico / hallazgos**

ASA 1 Tipo de Cirugía Electiva Tipo de Herida Limpia Tiempo de Cirugía 0min Profilaxis

EN SALA DE PROCEDIMIENTOS DE ORTOPEDIA PREVIA SEPSIA Y ANTISEPSIA EN MANO DERECHA APLICACION DE ANESTESIA LOCAL EN MEÑIQUE DERECHO 5 CC. REDUCCION CERRADA DE FRACTURA EN FALANGE PROXIMAL E INMOVILIZAICON CON FERULA DIGITAL.

Muestras

enviadas a patología:

NO

Complicaciones:

NO

**Colaboradores**

Cirujano 1 (Ppal): STANGL CORREA WILLY PAUL

Firmado electrónicamente por **WILLY PAUL STANGL CORREA** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Tarjeta Profesional: 1107014760 Identificación CC 1107047603

**Notas de Enfermería**

**06 marzo 2023 20:00** - (URG P0 LADO A)

ingresa paciente femenina de 18años de edad al servicio de urgencias piso 0 en compañía de familiar caminado por sus propios medios, consulta por trauma en mano derecha  
es valorada por medico general de turno quien emite ordenes se verifican y se cumplen.  
personal de canalización brinda primera atención canaliza acceso venoso periférico en dorso de mano izquierda.  
es trasladada a toma de RX en silla de ruedas conducida por camillero, al retorno encuentro paciente, consciente orientada en sus 3 esferas mentales tiempo, lugar y persona, tolerando oxigeno al medio ambiente, me presento como Aux a cargo, indago alergias niega, se deja pasando medicamento por equipo macro sin complicación.  
p/ reporte de RX para ser revalorada por ortopedista de turno y definir conducta medica.

Firmado electrónicamente por **EMILY CARDENAS NIETO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1144176823

**Control de Medicamentos**

**06 marzo 2023 21:15** - (URG P0 LADO A)

\* 06 Mar 2023 20:00 PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL 1 GRAMO Via  
ENDOVENOSA

Firmado electrónicamente por **EMILY CARDENAS NIETO** -- AUXILIAR DE ENFERMERIA

Identificación CC 1144176823

**Diagnósticos de Egreso**

-- (S626) FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

Localización

Derecha

Tipo DX

Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **WILLY PAUL STANGL CORREA** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Tarjeta Profesional: 1107014760 Identificación CC 1107047603

**Salida Urgencias**

Estado vital al salir **Vivo**

Estado al salir

Destino al salir **Domicilio**

Fecha y hora de salida **06 mar. 2023 21:49**

Remitido a

Medio de transporte

**Fórmulas Médicas**

ACETAMINOFEN 500 mg (500 mg) -- Cja.x 100Tab

60

DOS TABLETAS VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 10 DIAS

NAPROXENO 250 mg TABLETA RECUBIERTA () --

15

UNA TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 5 DIAS

Firmado electrónicamente por **WILLY PAUL STANGL CORREA** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Tarjeta Profesional: 1107014760 Identificación CC 1107047603

**Incapacidad**

80695297 On

# Historia Clínica de la Atención

## URGENCIAS

Dirección: **Cra 38 Bis No 5B2-04, SP 0 Y 1**  
Teléfono Directo: **3821000** -- Conmutador: **20000**

Paciente: **VERGARA MARTINEZ AURA ISABELLA** (No Interno: **37.334.397**)

Atención No. **16254908**

Página 5 de 5  
06-mar-2023 22:41

Fecha de Incapacidad: <b>06 Mar 2023</b>	Días de Incapacidad: <b>30</b>	Prorroga: <b>No</b>	Motivo: <b>Accidente de Transito</b>
Diagnóstico: <b>S626 FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO</b>			
<b>Datos de Enfermería</b>			
<b>Dispositivos Invasivos</b>			

Firmado Electrónicamente por **MARTINEZ CARDENAS ALVARO JOSE**  
Identificación **CC 1116267462**  
Especialidad **MEDICINA GENERAL**  
Tarjeta Profesional **1116267462**



Paciente: VERGARA MARTINEZ AURA ISABELLA (No Interno: 37.334.397)

Neurológico.....  
Piel.....  
Análisis.....  
Triage.....

**METACARPOFALANGICA.**  
**ALERTA SIN DÉFICIT APARENTE, SCG 15/15**  
NORMAL  
PACIENTE CON ACCIDENTE DE TRANSITO HACE DOS DIAS VALORADA INICIALEMTE EN PERIFERIA DONDE REALIZAN ESTUDIOS CON POSITIVO: FRACTURA DEL 5TO DEDO MANO DERECHA HOY FIRMA RERTO VOLUNTARIO Y ACUDE A IMBANACO PARA DEFINIR CONDUCTA RESPECTO FRACTURA DE LA MANO DERECHA. AL INGRESO PACIENTE ESTABLE CON DEMAS HALLAZGOS AL EF. INDICO INGRESO PARA ANALGESIA, RX DE MANO DERECHA Y DEL 5TO DEDO MANO DERECHA, VALORACION POR ORTOPEDIA CON IMAGEN  
3

Firmado electrónicamente por ALVARO JOSE MARTINEZ CARDENAS -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1116267462 Identificación CC 1116267462

**Diagnósticos de Ingreso**

-- (S600) CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)  
5TO DEDO MANO DERECHA

Localización

Derecha

Tipo DX

Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por ALVARO JOSE MARTINEZ CARDENAS -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1116267462 Identificación CC 1116267462

-- (S626) FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

Derecha

Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por WILLY PAUL STANGL CORREA -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
Tarjeta Profesional: 1107014760 Identificación CC 1107047603

**Ordenes de Exámenes**

06 marzo 2023 20:10 - (URG PO LADO A)

\* (Hora: 20:10) 873210 RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO

Observaciones TRAUMA QUINTO DEDO MANO DERECHA CON DOLOR EDEMA Y

Ubicación Derecha

EQUIMOSIS A NIVEL DE ARTICULACION METACARPOFALANGICA.

\* (Hora: 20:10) 873210B RADIOGRAFIA DE MANO AP Y LATERAL

Observaciones TRAUMA MANO DERECHA CON DOLOR EDEMA Y EQUIMOSIS EN 5TO MTC,

Ubicación Derecha

Firmado electrónicamente por ALVARO JOSE MARTINEZ CARDENAS -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1116267462 Identificación CC 1116267462

06 marzo 2023 20:49 - (URG PO LADO A)

\* (Hora: 20:49) 890402 INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS (ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA) Ubicación No Aplica

Firmado electrónicamente por ALVARO JOSE MARTINEZ CARDENAS -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: 1116267462 Identificación CC 1116267462

06 marzo 2023 21:09 - (URG PO LADO A)

\* (Hora: 21:09) 873210 RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO

Observaciones MEÑIQUE DERECHO POSTREDUCCION

Ubicación Derecha

Firmado electrónicamente por WILLY PAUL STANGL CORREA -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
Tarjeta Profesional: 1107014760 Identificación CC 1107047603

06 marzo 2023 21:48 - (URG PO LADO A)

\* (Hora: 21:48) 890380 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA Ubicación No Aplica

Observaciones CONTROL ORTOPEDIA EN DOS SEMANAS CON DR PAUL STANGL PEDIR CITA AL 3155383600 CONSULTORIO 708 TORRE A IMBANACO

\* (Hora: 21:48) 873210 RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO

Observaciones MEÑIQUE DERECHO CONTORL EN 15 DIAS AMBULATORIO

Ubicación Derecha

Firmado electrónicamente por WILLY PAUL STANGL CORREA -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
Tarjeta Profesional: 1107014760 Identificación CC 1107047603

**Ordenes de Medicamentos**

06 marzo 2023 20:09 - (URG PO LADO A)

\* PARACETAMOL 1 gramo / 100 mL SOLUCIÓN INYECTABLE FRASCO x 100 mL Dosificación: 1 GRAMO

Observaciones: ENDOVENOSA CADA 8 HORAS DURANTE 1 DÍAS APLICAR 1 GRAMO IV CADA 8 HORAS

Paciente: **VERGARA MARTINEZ AURA ISABELLA** (No Interno: **37.334.397**)

Firmado electrónicamente por **ALVARO JOSE MARTINEZ CARDENAS** -- MEDICINA GENERAL  
Tarjeta Profesional: **1116267462** Identificación CC **1116267462**

**Evoluciones**

**06 marzo 2023 21:46** - (URG PO LADO A)

Día de Hospitalización No.1

Diagnósticos:

(S626) FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

(S600) CONTUSION DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)

Tipo Estancia: Egreso

Criterio: No requerimiento de medicación EV

REVALORACION ORTOPEDIA

SE REVALORA PACIENTE CON RX DE MEÑIQUE DERECHO POSTREDUCCION ENCONTRANDO FRACTURA BIEN REDUCIDA EN AP Y ALTERAL. SE DECIDE CONTINUAR MANEJO ORTOPEDICO CON INMOVILIZAIOCN ACTUAL Y CONTROL ORTOPEDIA EN DOS SEMANAS CON NUEVA RX.

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **WILLY PAUL STANGL CORREA** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
Tarjeta Profesional: **1107014760** Identificación CC **1107047603**

**Interconsultas**

**06 marzo 2023 20:53** - (URG PO LADO A)

INTERCONSULTA ORTOPEDIA

MC "TRAUMA EN DEDO MEÑIQUE DERECHO"

EA: PACIENTE CONSULTA POR TRAUMA EN MEÑIQUE DERECHO EL 04/03/2023 POR ACCIDENTE DE TRANSTIO EN CALIDAD DE PASAJERO DE MOTOCICLETA, REFIERE COLISION EN VIA PUBLICA CONTRA VEHICULO PARTICULAR A BAJA VELOCIDAD. TRAUMA CRANEENCEFALICO Y EN MANO DERECHA. ATENCION INICIAL EXTRAINSTITUCIONAL, SOLICITA SALIDA VOLUNTARIA. HOY INGRESA A CMI.

EXAMEN FISICO

MANO DERECHA PRESENTA DEFORMIDAD (ANGULACION CUBITAL) EN MEÑIQUE DERECHO. EDEMA, PERFUSION DISTAL 3 SEGUNDOS. NO HERIDAS.

ANALISIS

CURSA CON FRACTURA EN FALANGE PROXIMAL DE MEÑIQUE DERECHO REQUIERE MANEJO CON REDUCCION CERRADA E INMOVILIZACION, SE SOLICITA RX POSTREDUCCION. SE COMENTARA CON GRUPO DE CIRUGIA DE MANO.

Se dió información al paciente/familia sobre la condición clínica, evolución y plan de manejo

Firmado electrónicamente por **WILLY PAUL STANGL CORREA** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
Tarjeta Profesional: **1107014760** Identificación CC **1107047603**

**Diagnósticos de Egreso**

~ (S626) FRACTURA DE OTRO DEDO DE LA MANO

Localización

Derecha

Tipo DX

Impresion Diagnóstica

Firmado electrónicamente por **WILLY PAUL STANGL CORREA** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
Tarjeta Profesional: **1107014760** Identificación CC **1107047603**

**Salida del Servicio**

Estado vital al salir **Vivo**

Estado al salir

Destino al salir **Domicilio**

Fecha y hora de salida **06 mar. 2023 21:49**

Remitido a

Medio de transporte

**Fórmula médica**

ACETAMINOFEN 500 mg (500 mg) -- Cja.x 100Tab

DOS TABLETAS VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 10 DIAS

60

NAPROXENO 250 mg TABLETA RECUBIERTA () --

UNA TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 5 DIAS

15

Paciente: **VERGARA MARTINEZ AURA ISABELLA** (No Interno: 37.334.397)

Firmado electrónicamente por **WILLY PAUL STANGL CORREA** -- ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA  
Tarjeta Profesional: 1107014760 Identificación CC 1107047603

Yo **WILLY PAUL STANGL CORREA** certifico que la atención de éste paciente es secundaria a lesiones producidas en accidentes de tránsito.

**WILLY PAUL STANGL CORREA**

Documento de Identidad **CC 1107047603**

Registro Médico No. **1107014760**



FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS  
DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VICTIMAS DE EVENTOS  
CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO

Fecha Radicación

RG

No. Radicado

No. Radicado Anterior (Respuesta a glosa, marcar x en RG)

Nro Factura / Cuenta de cobro

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social CLINICA IMBANACO SAS

Código Habilitación 760010111116

Nit 890.307.200-5

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

1er Apellido VERGARA

2do. Apellido MARTINEZ

1er Nombre AURA

2do. Nombre ISABELLA

Tipo de Documento CC

No. Documento 1107836976

Fecha de Nacimiento 03/10/2004

Sexo Femenino

Dirección Residencia CARRERA 37 AF #15-01

Departamento VALLE DEL CAUCA

Código 76

Teléfono 3046427177

Municipio SANTIAGO DE CALI

Código 001

Condición del Accidentado Ocupante

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

Naturaleza del Evento: Accidente Transito

Otros Cual?

Dirección de la ocurrencia CALLE 15 CON CARRERA 32

Fecha Evento/Accidente 04/03/2023

Hora 21:41

Departamento VALLE DEL CAUCA

Código 76

Municipio SANTIAGO DE CALI

Código 001

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Transito

Zona U

Enuncie las principales características del evento / accidente:

PACIENTE EN CALIDAD DE OCUPANTE DE MOTOCICLETA CON PLACAS KR171F SUFRE KR171F COLISION CON AUTOMOVIL EN VIA PUBLICA

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado de Aseguramiento Asegurado

Marca HERO

Placa KR171F

Tipo de Servicio Particular

Código de la Aseguradora AT1324

No. de la Póliza 3308004918498000

Intervención de autoridad No

Vigencia Desde 21/12/2022

Hasta 20/12/2023

Cobro Excedente Póliza No

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er Apellido o Razón Social ZAMORA

2do. Apellido CURREA

1er Nombre MARLIO

2do. Nombre ALDAIR

Tipo de Documento CC

No. Documento 1107090988

Dirección Residencia CARRERA 37 AF #15-01

Teléfono 3046427177

Departamento VALLE DEL CAUCA

Código 76

Municipio Residencia SANTIAGO DE CALI

Código 001

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

1er Apellido CEBALLOS

2do. Apellido CARDONA

1er Nombre JUAN

2do. Nombre FERNANDO

Tipo de Documento CC

No. Documento 1000416429

Dirección Residencia CARRERA 37 AF #15-01

Teléfono 3046427177

Departamento VALLE DEL CAUCA

Código 76

Municipio Residencia SANTIAGO DE CALI

Código 001

VII. DATOS DE REMISION

Tipo Referencia

Remisión

Fecha de Remisión

a las