0010

| | PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL | | |
|---|---|---|---|
| | PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS | | |
| | VERSION: 01 | CODIGO: HV S 031 | ELABORADO:<br>COORDINACION: MAYO 2019<br>REVISADO Y APROBADO:<br>GERENCIA MATO 2019 |

## HOJA DE RUTA DIARIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ana Leonor Ortiz

DIRECCIÓN: Cra 69 # 70-40 Int 3 TELÉFONO: 3122787762

| FECHA | HORA | FIRMA USUARIO |
|---|---|---|
| 25 Mayo | 3:00 pm | |
| 26 Mayo | 3:00 pm | |
| 27 Mayo | 3:45 pm | |
| 28 Mayo | 2:00 pm | |
| 29 Mayo | 2:00 pm | |
| 30 Mayo | 9:00 am | |

ANA LEONOR ORTIZ

CC: 20930750



Humana Vital S.A.S

**HUMANA VITAL S.A.S NIT 900217648 -1**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** Ana leonor ortiz **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 20930750

| FECHA | HORA | EVOLUCIÓN |
|---|---|---|
| 25/10/21 | 3:00 pm | Nueva inicio de sesión de fisioterapia, a la valoración inicial se evidencia: Usuaria refiere dolor en columna de 7/10 según EVA, disminuido muscular de 2/5 según Daniels en mmss y mmii, rangos de movilidad conservados, reflejos normales, marcha moderadas, presenta Osteoartrosis. Fisiatra remisión #m:023582 |
| 26/10/21 | 3:00 pm | Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss y mmii, diagonales: de Kabat, ejercicios de pinzas y agarre, fortalecimiento muscular con banda elástica amarilla, Fisiatra remisión #m:023582 |
| 27/10/21 | 3:00 pm | Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss y mmii, descanso de pesas, diagonales de Kabat, fortalecimiento muscular con banda elástica amarilla. Fisiatra remisión #m:023582 |
| 28/10/21 | 3:00 pm | Se realizan ejercicios de movilidad articular activa en mmss y mmii, descanso de pesas, ejercicios de pinzas y agarre, fortalecimiento muscular con balón. Fisiatra remisión #m:023582 |
| 29/10/21 | 3:00 pm | Se realizan ejercicios de movilidad articular en mmss y mmii, diagonales de Kabat, descanso de pesas, estiramientos musculares con banda elástica amarilla. Fx: Sindy Remisión #m:023582 |
| 30/10/21 | 3:00 pm | Paciente continua con sesión de fisioterapia, refiere persiste dolor en articulación de cuello y mmss de 7/10 según EVA, disminuido muscular se mantiene de 2/5 según Daniels, Paciente hace uso de balón para ejercicios activos, Fisiatra remisión #m:023582 |

# HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

*CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Este documento sirve para que usted o quien lo represente de su consentimiento para el tratamiento de fisioterapia, esto significa que entiende en que consiste el tratamiento y nos autoriza a realizarlo.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee, firmarlo no lo obliga a terminar el tratamiento, de su rechazo no derivara ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención. Antes de firmar, es importante que lea despacio la siguiente información.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto**

El tratamiento de fisioterapia consiste en: (a usted se le realizara lo que se encuentra marcado con una X en el cuadro de la izquierda)

- [ ] Terapia sedativa: masaje, estimulación eléctrica transcutanea (TENS), ultrasonido, laser, vibración, calor superficial, crioterapia (frio). En este caso a usted se le va a omitir: _____
- [x] Movilidad articular.
- [x] Ejercicios activos
- [x] Fortalecimiento
- [x] Estiramientos
- [ ] Pliométricos (ejercicios para dar estabilidad a las articulaciones)

Se espera obtener de la terapia;

- [x] Disminución del dolor
- [x] Aumento de arcos de movimiento
- [x] Incremento en la fuerza
- [ ] Mejorar la estabilidad articular

Otros: _____

Esperamos lograr el (indicar en porcentaje) 20% de su recuperación.

Durante el tratamiento usted puede;

- ✓ Sentir malestar e incremento del dolor después del primer día de fisioterapia
- ✓ Dolor e inflamación con cada nuevo ejercicio.

Humana-vital s.a.s y sus profesionales no se hacen responsables de su tratamiento si:

- ✓ Usted no cumple con el número de terapias asignadas por el especialista teniendo en cuenta la continuidad, el tiempo y la actitud.
- ✓ Usted no sigue los consejos de la terapeuta y no realiza los planes caseros dados por el profesional.
- ✓ Acude a alguna persona que no tenga formación profesional en salud, eje; sobanderos, chamanes, rezanderos, etc..

Fecha: 23/10/21 Hora 3:00pm N° de terapias: 6 Diagnostico: GAD C

Yo EDGARDO CANTOR con documento de identidad: 80495298 como (parentesco con el paciente) _____ en calidad de responsable del paciente (nombre del paciente) _____ con documento de identidad (del paciente) _____ Después de leído este documento autorizo al profesional de fisioterapia de Humana-Vital s.a.s a realizar el tratamiento propuesto.

Firma del paciente

Cc EDGARDO CANTOR 20.980.750

Sindy Peñaloza

Firma de la terapeuta

Cc. 1193376331 Registro 029562

IPS HUMANA - VITAL S
Especialistas en terapi
Nit. 900.217 648 - 1

# HUMANA-VITAL S.A.S NIT 900217648-1

Fecha 25/10/22 hora 3:00pm N° de terapias 6

Nombre: Ana Leonor Ariz Cedula: 20930250

✓ **PARA REALIZAR UNA TERAPIA APROPIADA SU TERAPEUTA NECESITA SABER SI USTED A PADECIDO O PADECE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES. (Marque con una X)**

| | NO | SI | | NO | SI |
|---|---|---|---|---|---|
| SIDA O VIH | ✓ | | CÓLERA | ✓ | |
| HERPES | ✓ | | H1N1 | ✓ | |
| DIFTERIA | ✓ | | HEPATITIS | ✓ | |
| NEUMONÍA | | ✓ | VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) | ✓ | |
| TUBERCULOSIS | ✓ | | CÁNCER | | ✓ |

✓ **CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES**

Yo Gregorio Cantor con N° de cedula 3849520

En calidad de paciente o responsable de este, confirmo que conozco mis **DERECHOS Y DEBERES** que tengo ante la IPS HUMANA VITAL S.A.S con NIT 900217648-1 Desde el primer día en que acudí a la institución y antes de iniciar el tratamiento.

Firma del paciente o responsable

Autorización para el tratamiento de datos personales

Trabajadores de la IPS

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la IPS HUMANA VITAL S.A.S que:

1. HUMANA VITAL S.A.S actuará como responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la política de tratamiento de datos personales de HUMANA VITAL S.A.S que se encuentran en la página web www.humanavital.com
2. Es de carácter facultativo responder preguntas que versen sobre datos sensibles.
3. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos en HUMANA VITAL S.A.S y observando la política de tratamiento de datos personales de la IPS.
5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico servicioalcliente@humanavital.com
6. HUMANA VITAL S.A.S garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reserva el derecho de modificar su política de tratamiento de datos personales en cualquier momento.

Cualquier cambio será notificado a través del medio de comunicación que HUMANA VITAL S.A.S considere más adecuado para tal efecto, (por ejemplo correo electrónico, comunicación directa y/o anuncio en nuestra página web)

Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a HUMANA VITAL S.A.S para tratar mis datos personales de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales de la IPS y para fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la política de tratamiento de datos personales de las compañías. La información obtenida para tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

FECHA EN QUE SE FIRMA ESTE DOCUMENTO: 25/10/17

Firma:

Nombre: Gregorio Cantor.

Número de identificación: 80495298

| | PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL | | |
|---|---|---|---|
| | PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION DE USUARIOS DOMICILIARIOS | | |
| | VERSION: 01 | CODIGO: HV S 031 | ELABORADO:<br>COORDINACION: MAYO 2019<br>REVISADO Y APROBADO:<br>GERENCIA MATO 2019 |

# AUTORIZACIÓN

Yo . Orlando Chaux identificado con cc. 86497298 autorizo a la IPS HUMANA VITAL S.A.S para toma de fotos como soporte de evidencia de las actividades institucionales que se desarrollan.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ana Luisa Otero IDENTIFICACION 20950350

FIRMA. 25/10/19

FECHA 25/10/19 HORA: 3:00pm ALCALDIA ✓ PARTICULAR ____ ARL ____

# FIRMA DE RECIBIDO DE DOCUMENTOS DOMICILIARIOS



**TERAPEUTA RESPONSABLE:** Sindy Fernández

**NOMBRE Y APELLIDOS DEL USUARIO:** Ana Leonor Ortiz **IDENTIFICACION** 20950750

**FECHA:** 25/04/22 **HORA:** 3:00 pm **ALCALDIA** ✓ **PARTICULAR** _____ **ARL** _____

| DOCUMENTOS ENTREGADOS | FIRMA |
|---|---|
| DEBERES Y DERECHOS | |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO | |
| POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS | |
| PLAN CASERO | |
| AUTORIZACION DE REGISTRO FOTOGRAFICO | |

Lugar y fecha de emisión: FUNZA, lunes, 01 de noviembre de 2021 19:29:56 **HISTORIA CLINICA FISIOTERAPIA No. 20.930.750**

DATOS PERSONALES

| | | |
|---|---|---|
| Nombres y apellidos | ANA LEONOR CANTOR | |
| Identificación | CC 20.930.750 Edad: 70 años, 6 meses y 17 días | |
| Nacimiento | SIN INFORMACION (SIN INFORMACION) domingo, 15 de abril de 1951 | |
| Residencia | SERREZUELITA Dirección: CRA 6A # 10-40 Teléfono: 8234131 | |
| Ocupación | 9999 - SIN INFORMACIÓN | |
| Responsable | . Parentesco: . Teléfono: ..... | |
| Acompañante | 0 Parentesco: Teléfono: | |
| Entidad | HUMANA EPS: EPS008 - COMPESAR EPS Tipo afiliación: PARTICULAR | |
| Estado civil: VIUDO (G.S. y RH: ) Religión: (Estrato: ) Raza: BLANCO (Etnia: HISPANO O LATINO) | | Género: Femenino |

FECHA CONSULTA: lunes, 25 de octubre de 2021 7:18:54 p. m. - EDAD: 70 años, 6 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 1
CONDUCTA: Modalidades cineticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores externos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien inicia ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria por continuidad a la valoración inicial se evidencia:

- Paciente refiere dolor en miembro superior e inferior derecho y articulación de cadera con calificación de 7/10 según EVA
- Se evidencian retracciones musculares moderadas para isquiotibiales, gastro soleos y cuádriceps de forma bilateral
- Desempeño muscular a 3-/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores e inferiores
- Rangos de movilidad para CADERA -> FLEXION: derecho: 100º FLEXION: izquierdo: 100º EXTENSION: derecho: 15º EXTENSION: izquierdo: 15º Abd: derecho: 40º Abd: izquierdo: 40º
RODILLA -> FLEXION: derecho: 130º FLEXION: izquierdo: 130º EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: 0º EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: 0º
- No se evidencia edema ni inflamación
- Trofismo muscular sin alteración
- Se evidencia alteración en equilibrio dinámico durante el patrón de marcha
- Se evidencian espasmos musculares moderados en trapecios superiores
- Paciente quien hace uso de oxígeno por cánula nasal de bajo flujo
- Hace uso de ayuda técnica de bastón para desplazamientos cortos dentro de su hogar
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: martes, 26 de octubre de 2021 7:21:58 p. m. - EDAD: 70 años, 6 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 2
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Termoterapia: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: miércoles, 27 de octubre de 2021 7:22:12 p. m. - EDAD: 70 años, 6 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 3
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores, Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Inver y ever
TECNICAS: FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Pinzas, Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: jueves, 28 de octubre de 2021 7:23:38 p. m. - EDAD: 70 años, 6 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 4
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores, Hombro: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Extensores, Flexores Mano: Flexores, Extensores
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: ROOD, FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Pinzas, Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: viernes, 29 de octubre de 2021 7:24:57 p. m. - EDAD: 70 años, 6 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 5
CONDUCTA: Modalidades cinéticas y terapéuticas
TRABAJO REALIZADO: DESCRIPCION TERAPIA FISICA
Masaje: 12-15 MIN
ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Abductores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Abductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: ROOD, FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR

Activos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Pinzas, Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): ninguna
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562

FECHA CONSULTA: sábado, 30 de octubre de 2021 7:26:44 p. m. - EDAD: 70 años, 6 meses y 17 días
EVOLUCION TERAPEUTICA
Hora de ingreso: 14 Hora de salida: 15 No. de sesión: 6
CONDUCTA: Modalidades cinéticas
TRABAJO REALIZADO: ESTIRAMIENTO MIEMBROS SUPERIORES
Cuello: Inclinadores, Flexores, Extensores Hombro: Flexores, Extensores, Abductores, Rotadores internos, Rotadores externos Codo: Flexores, Extensores, Pronación, Supinación
ESTIRAMIENTO MIEMBROS INFERIORES
Cadera: Flexores, Extensores, Aductores, Rotadores internos, Rotadores externos Rodilla: Flexores, Extensores Cuello pie: Plantiflexión, Dorsiflexión, Inver y ever
TECNICAS: ROOD, FNP
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR
Activos asistidos, Ejercicios isométricos, Ejercicios concéntricos, Ejercicios de propiocepción, Mecanoterapia, Higiene postural MANEJO DE: Pinzas, Agarres
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (plan casero): Paciente quien finaliza ciclo de sesiones de terapia física domiciliaria a la valoración final se evidencia:

- Paciente refiere que persiste dolor en miembro superior e inferior derecho y articulación de cadera con calificación de 7/10 según EVA
- Se mantienen retracciones musculares moderadas para isquiotibiales, gastro soleos y cuádriceps de forma bilateral
- Se mantiene desempeño muscular de 3-/5 según escala de Daniels para agonistas y antagonistas de miembros superiores e inferiores
- Rangos de movilidad se mantienen según calificación inicial para CADERA -> FLEXION: derecho: 100º FLEXION: izquierdo: 100º EXTENSION: derecho: 15º EXTENSION: izquierdo: 15º Abd: derecho: 40º Abd: izquierdo: 40º
RODILLA -> FLEXION: derecho: 130º FLEXION: izquierdo: 130º EXTENSION/HIPERTENSION: derecho: 0º EXTENSION/HIPERTENSION: izquierdo: 0º
- No se evidencia edema ni inflamación
- Trofismo muscular sin alteración
- Se evidencia alteración en equilibrio dinámico durante el patrón de marcha
- Espasmos musculares pasaron de moderados a leves en trapecios superiores
- Paciente quien hace uso de oxígeno por cánula nasal de bajo flujo
- Paciente hace uso de ayuda técnica de bastón para desplazamientos cortos dentro de su hogar

Se recomienda control con médico tratante y continuar con Fisioterapia
El paciente ingresa y sale en adecuadas condiciones, finaliza la sesión sin novedad: SI
DIAGNÓSTICOS
Principal: J441-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA, NO ESPECIFICADA Tipo: CONFIRMADO NUEVO
Dr.(a). SINDY DAYANA FERNANDEZ TRANSLAVIÑA CC No. 1.073.516.331 - FISIOTERAPIA - R.M. 29562
---