SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Cali

ASOCADEVI

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LIMITES"

REGISTRO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA / 2018

NOMBRE PROFESIONAL: Joanna Marcela Garzón D. CARGO: Fisioterapeuta MES: Marzo

	FECHA	NOMBRE USUARIO	DIAGNOSTICO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRECCION / VEREDA	TELEFONO	FIRMA DE CUIDADOR /USUARIO
1	03/18	Mariana Lizeth Aguirre	Microcefalia	1094898938	Cll 4 #7a-24	3106794388	Jessica Alendi Diaz
2	03/18	Rosalba Torres	hemiplejia izq	35472866	Cll 4 #7a-34	3202567041	Rosalba
3	03/18	Eliana Ospina	P.C/Sordera b.l	1072640818	Cll 19 #10a-60	3142675744	Eliana
4	03/18	Claudia Limas	Secuelas Polio 35196186	35196186	Bajacá / Cs127/Bl7 Pinares de Comviendo	3213214255	Claudia Limas
5	03/18	Luz M. Olivos A.	Artritis R.O.	35473070	Cr 11 #8-04	8630233	[illegible]
6	03/18	Luz Stella Gonzalez G	Lupus E.	39804874	cll 32 #1-57	8855021	Maria Itch
7	03/18	Juan Andrés Jiménez	P.C./Zambo	1072702944	Elvirancito / Cabalsa	3114961107	William Jimenez
8	03/18	Ximena Huertano	Parálisis C.	1072706510	Cr 14 b #9-26	8632975	Margarita Mola
9	03/18	Jose Ignacio Rey	Sind. Convulsivo	80400150	Cll 9 #6-43	3125368476	[illegible]
10	03/18	Yury Andrea Lopez	T.C.E.	1072711428	Cll 9c #13a-06	8857388	Mercedes Oliva
11	03/18	Valerie Camelo G.	Parálisis C.	1072990194	Cr 5 #31-14 Cs 1	8637817	Diana [illegible]
12	03/18	Nicolás Ramirez	Parálisis C. 99062502051	99062502051	Cr 7 #9-24	8614158	Alejandra [illegible]
13	03/18	Maria Camila Rodriguez	P.C.	1007635236	Cr 6 #2-62	8707159	Alejandra Mora
14		Eliana Ospina	P.C/sordera bilat	1072640818	Cll 19 #10a-60	3142675744	Eliana

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Cali

ASOCINDEVI

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LIMITES"

REGISTRO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA / 2018

15	03/18	Ana María Santander	Artritis J. Deg.	35479349	Cr 6 # 7-35	3107680711	Ana María
16	03/18	Claudia Vargas	Artritis Deg.	51901499	Ibano III	3164365442	Claudia Vargas
17	03/18	Mercedes Gómez	hemiplejia	35512555	Cr 9 # 15-79	8630903	Mª MERCEDES GOMEZ
18	03/18	Johan Miguel Vargas	hemiplejia/hem.	1072652342	4 ESQUINAS / TIQUIZO	3188479573	J. J. V
19	03/18	María Diuliy Sánchez	Para	28191395	El chamizo / Farallones	3212971635	Nayibe Sánchez
20	03/18	Sierva Julia Marina	Cuadriplejia	4107438	Cr 7 # 7-11	3132385266	Sierva Julia Marina
21	03/18	Hernando Bedoya	Discap. Visual bil.	9779783	Cr 5 # 30-16 Cs 5	3125944351	Hernando Bedoya
22	03/18	Lucía Ma Olivos	Artritis R.D.	35473070	Cr 11 # 8-09	8630233	Lucía Ma Olivos
23	03/18	Juan A. Jiménez	P.C / Izquierdo	1072702944	El rinconcito / La bolsa	3114961107	William Jimenez
24	03/18	Rosalba Torres	Polio / hemiplej. izq.	35472866	Cll 4 # 7a-34	3202567091	Rosalba
25	03/18	Luz Stella González	Lupus E.	39804874	Cll 32 # 1-37	8855021	María Stella

JOANNA M. GARZÓN DÍAZ
Fisioterapeuta
U.M.B.
52 357 163

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LÍMITES" FORMATO DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL USUARIO: Johan Micael Vargas

DIAGNOSTICO: Diplejia MMII. Espástica

EDAD: _____ **TELÉFONO:** 3108479573 **DIRECCIÓN:** 3 esquinas - Tiquizio

FECHA DE VISITA: marzo 12018 **ÁREA** Fisioterapia

DESCRIPCIÓN DE LA VISITA:

Encuentro usuario acompañado de cuidadora, se realizan ejercicios de MMII, para ganar arcos de movimiento, y fuerza muscular. presenta signos vitales estables, se enseñan ejercicios para realizar a diario.
Finaliza visita sin complicaciones y con usuario en buenas condiciones

RECOMENDACIONES:

JOANNA M. GARZÓN DÍAZ
Fisioterapeuta
U.M.B.
52.367.163

Firma de profesional

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LÍMITES" FORMATO DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL USUARIO: María mercedes Gómez Q.

DIAGNOSTICO: Accidente Cerebro Vascular

EDAD: _____ **TELÉFONO:** 8630403 **DIRECCIÓN:** Cr 9 # 15-79

FECHA DE VISITA: marzo 12018 **ÁREA** Fisioterapia

DESCRIPCIÓN DE LA VISITA:

Encuentro usuario sola, uso con el hijo y la esposa, se realizan ejercicios de MMII para ganar arcos de movimiento, movilizaciones articulares y ejercicios para ganar fuerza muscular. Se deja tarea para realizar de forma continua y diario.
Finaliza visita sin complicaciones y con usuario en óptimas condiciones.

RECOMENDACIONES:

JOANNA M. GARZÓN DÍAZ
Fisioterapeuta
U.M.J.
62955

Firma de profesional

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LÍMITES" FORMATO DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL USUARIO: Claudia Cecilia Vargas Und

DIAGNOSTICO: Artritis Juvenil degenerativa

EDAD: _____ **TELÉFONO:** 3164365442 **DIRECCIÓN:** Ibaro III

FECHA DE VISITA: marzo/2018 **ÁREA** Fisioterapia

DESCRIPCIÓN DE LA VISITA:

Encuentro cordial con usuario se realizan ejercicios para aumentar arcos de movimiento de MMSS y MMII, se enseñan ejercicios de mantenimiento muscular.
Finaliza visita sin complicaciones y con usuario en óptimas condiciones

RECOMENDACIONES:

Ejercicios de forma diaria para mantenimiento

JOANNA M. GARZÓN DÍAZ
Fisioterapeuta
U.M.B.
52 857 168

Firma de profesional

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LÍMITES" FORMATO DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL USUARIO: Ana María Santander

DIAGNOSTICO: Artritis Juvenil

EDAD: _____ **TELÉFONO:** 3107690711 **DIRECCIÓN:** Cr 6 # 7-35

FECHA DE VISITA: marzo 1/2018 **ÁREA** Fisioterapia

DESCRIPCIÓN DE LA VISITA:

Encuentro paciente en silla de ruedas, acompañada de la mamá. Se realiza movilizaciones articulares de las 4 extremidades y se ejecutan ejercicios de mantenimiento y disminución de dolor de articulaciones.
Se finaliza terapia física sin complicaciones y con usuario en óptimas condiciones.

RECOMENDACIONES:

JOANNA M. GARZÓN DÍAZ
Fisioterapeuta
U.M.B.
52 357 [illegible]

Firma de profesional

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LÍMITES" FORMATO DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL USUARIO: María camila Rodriguez moya

DIAGNOSTICO: Convulsiones cerebral

EDAD: 17 **TELÉFONO:** 8707159 **DIRECCIÓN:** Cr 6 #2-62

FECHA DE VISITA: marzo/2013 **ÁREA** Fisioterapia

DESCRIPCIÓN DE LA VISITA:

Se realiza visita mensual de fisioterapia, recibida por la señora Amanda Moya, tia y cuidadora de la usuaria Mª Camila, quien nos manifiesta el Fallecimiento de la niña debido a complicacion respiratoria. Se manifiesta la disposición y colaboración en cualquier proceso que la mamá o familiares requieran Se finaliza visita de fisioterapia.

RECOMENDACIONES:

Se da de baja usuaria por fallecimiento

JOANNA M. GARZÓN DÍAZ
Fisioterapeuta
U.M.B.
52867

Firma de profesional

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LÍMITES" FORMATO DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL USUARIO: Nicolas Ramírez albarracin

DIAGNOSTICO: Parálisis cerebral

EDAD: _____ **TELÉFONO:** 8614158 **DIRECCIÓN:** Cr 7 #9-24

FECHA DE VISITA: marzo 1 2018 **ÁREA** Fisioterapia

DESCRIPCIÓN DE LA VISITA:

Encuentro usuario con signos vitales estable, se realiza terapia de Física enfocada a disminuir tono muscular, se enseñan ejercicios de manejo de la espasticidad y manejo de cambios de posición. Recibe terapias de EPS en todas las disciplinas — Física, Fonoaudiología, respiratoria y ocupacional.
Finaliza visita de fisioterapia con usuario en óptimas condiciones.

RECOMENDACIONES:

JOANNA M. CARDENAL DIAZ
Fisioterapeuta
U.M.B.
52357

Firma de profesional

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LÍMITES" FORMATO DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL USUARIO: Valerie camelo garzón

DIAGNOSTICO: Parálisis cerebral espástica

EDAD: _____ **TELÉFONO:** 8637817 **DIRECCIÓN:** Cr 5 # 31-14 Cs 1.

FECHA DE VISITA: marzo 12 2018 **ÁREA** Fisioterapia

DESCRIPCIÓN DE LA VISITA:

Encuentro usuaria en estado de salud delicado, no se realiza terapia, la madre refiere mal servicio de la EPS, se le recomienda asesoría con los abogados de desarrollo social. Finaliza visita de terapia física a usuaria pertenece al programa de discapacidad domiciliaria.

RECOMENDACIONES:

JOANNA M. GARZÓN DÍAZ
Fisioterapeuta
U.M.H.
#2350

Firma de profesional

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LÍMITES" FORMATO DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL USUARIO: Yury Andrea López Olivares

DIAGNOSTICO: Trauma craneo encefálico

EDAD: _____ **TELÉFONO:** 8857388 **DIRECCIÓN:** Cll 9c #13a-06

FECHA DE VISITA: marzo/2018 **ÁREA** Fisioterapia

DESCRIPCIÓN DE LA VISITA:

Llega con signos vitales estables acompañada por su mamá, se realizan ejercicios de mantenimiento físico y ejercicios para mejorar equilibrio y coordinación con balón terapéutico. Se enseña protocolo de ejercicios para realizarles a diario para mejorar funcionalidad. Finaliza visita de Terapia Física sin complicaciones y con usuaria en óptimas condiciones.

RECOMENDACIONES:

Ejecutar plan casero.

JOANNA M. GARZ[illegible] DIAZ
Fisioterapeuta
U.M.D.
52 857 183

Firma de profesional

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LÍMITES" FORMATO DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL USUARIO: José Ignacio Rey Torres

DIAGNOSTICO: Síndrome Convulsivo

EDAD: _____ **TELÉFONO:** 3125368476 **DIRECCIÓN:** Cll 9 #6-43

FECHA DE VISITA: marzo /2018 **ÁREA** Fisioterapia

DESCRIPCIÓN DE LA VISITA:

Usuario con signos vitales estables, lo encuentro en compañía de los padres y hermana, se enseñó un protocolo de ejercicios para mantenimiento físico en general para practicar de forma diaria también es beneficioso para estados de ansiedad que manifiesta el usuario en ocasiones. Finaliza visita de Fisioterapia con usuario en óptimas condiciones y sin complicaciones

RECOMENDACIONES:

Ejecutar en casa.

JOANNA M. GARZÓN DÍAZ
Fisioterapeuta
U.M.A.
[illegible]

Firma de profesional

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LÍMITES" FORMATO DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL USUARIO: Sonia Ximena Herrera

DIAGNOSTICO: Parálisis Cerebral Espástica

EDAD: _____ **TELÉFONO:** 8632975 **DIRECCIÓN:** Cr 14b #9-26

FECHA DE VISITA: marzo 12018 **ÁREA** Fisioterapia

DESCRIPCIÓN DE LA VISITA:

Encuentro usuaria acompañada de la mamá, con signos vitales estables, se realizan ejercicios para disminuir tono muscular, aumentar arcos de movimiento y se indica a cuidadora la forma de manejar la postura con los cambios de posición, pues ximena es de estatura alta y su espasticidad es severa. Finaliza terapia física sin complicaciones y con usuaria en óptimas condiciones.

RECOMENDACIONES:

Plan casero → aplicarlo a diario para manejo de espasticidad.

JOANNA M. GARZÓN DÍAZ
Fisioterapeuta
U.M.B.
52 857 163

Firma de profesional

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LÍMITES" FORMATO DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL USUARIO: Juan Andrés Jimenez Macias

DIAGNOSTICO: P.C. / Sindrome del niño zarandeado

EDAD: 5 **TELÉFONO:** _____ **DIRECCIÓN:** El rincorcito / La bolsa

FECHA DE VISITA: Marzo 1/2018 **ÁREA** Fisioterapia

DESCRIPCIÓN DE LA VISITA:

Encuentro paciente acompañado por el padre, con signos vitales estables, se realiza movilizaciones pasivas de los 4 extremidades, ejercicios para disminuir tono muscular y ejercicios para aumentar arcos de movilidad, se llama la atención al padre por las tareas no realizadas, el padre refiere falta de tiempo. Se deja tarea para realizar a diario.
Finaliza visita por fisioterapia con feliz horario en óptimas condiciones y sin complicaciones

RECOMENDACIONES:

Ejecutar plan casero para cumplir objetivos planteados

JOANNA M. GARZÓN DÍAZ
Fisioterapeuta
U.M.B.
52 357 169

Firma de profesional

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LÍMITES" FORMATO DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL USUARIO: Luz Estella González García

DIAGNOSTICO: Lupus Eritematoso

EDAD: _____ **TELÉFONO:** 8855021 **DIRECCIÓN:** Cll 32 # 1-57

FECHA DE VISITA: marzo 1 2018 **ÁREA** Fisioterapia

DESCRIPCIÓN DE LA VISITA:

Encuentro usuaria en compañía de la madre, con signos vitales estables. Se realizan ejercicios de fortalecimiento muscular y relajación de los 4 extremidades y tronco para mejorar desplazamientos con ayuda del caminador. Se enseñan ejercicios para realizar a diario que cumplan el objetivo de fortalecer musculatura de MMSS y MMII y disminuir riesgo de caídas.
Finaliza la visita de Fisioterapia con usuaria en buenas condiciones y sin complicaciones.

RECOMENDACIONES:

Se deja de Tarea diaria plan casero para cumplir objetivos planteados.

JOANNA M. GARZÓN DÍAZ
Fisioterapeuta
U.M.B.
52.157.[illegible]

Firma de profesional

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LÍMITES" FORMATO DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL USUARIO: Luis Mercedes Olivera Acuedo

DIAGNOSTICO: Artritis Reumatoidea Degenerativa

EDAD: _____ **TELÉFONO:** 8630233 **DIRECCIÓN:** Cr 11 #8-04

FECHA DE VISITA: marzo/2018 **ÁREA** Fisioterapia

DESCRIPCIÓN DE LA VISITA:

Se encuentra usuario en casa, acompañado de la cuidadora, con signos vitales estables, se realiza movilizaciones articulares de las 4 extremidades terapia sedativa / manejo dolor de articulaciones de muñecas y tobillos. Se realizan cambios de posición y se enseña a cuidadora.
Se dejan ejercicios de tarea diaria para fortalecer extremidades y abdominales.
Se termina sin complicaciones y con usuario en óptimas condiciones.

RECOMENDACIONES:

Realizar a diario ejercicios de mantenimiento y manejo de dolor de articulaciones + cuidadora.

JOANNA M. GARZÓN DÍAZ
Fisioterapeuta

Firma de profesional

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Cali DISOCIDUVI

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LIMITES"
ATENCION DOMICILIARIA / 2018

ANTECEDENTES PERSONALES:

Nombre del Usuario: Claudia Graciela Limas Córdoba

Número de documento: 35196186 Diagnóstico: Secuelas de Polio

Fecha de nacimiento: 16 marzo /79 Sexo: F Edad: 39 años

Dirección: Pinares de convivenda Cs127 B17 Barrio: Bojacá

Teléfono: 3213214255 Estado civil: Soltera / 1hija

Nivel de escolaridad: Bachiller Entidad de Salud: Convida

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

Quirúrgicos: Injerto en ambos pies

Traumáticos: No refiere Alérgicos: No refiere

Farmacológicos: Furosemida

Antecedentes familiares: mamá: cáncer de útero

CRITERIOS APOYO NUTRICIONAL:

Sisben: 1.

Tipo de discapacidad: Física

Tipo de vivienda: Familiar

Trabajo: NO.

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA:

Marcha y postura: No realiza

Dolor: No aplica

Funcionalidad: Independiente ABC y AVD.

Edema: Leve de pies Piel y faneras: sin alteración

Cicatrización: no aplica Sensibilidad: Sin alteración

Arcos de movimiento: disminuidos en MMII

Retracciones: isquiotibiales, gastrocnemios

Fuerza muscular: disminuida en MMII

Equilibrio y coordinación: sin alteración

Concepto de dependencia: Leve.

OBSERVACIONES: Inclusión laboral.→ APTA, Aplica para Terapia física / Plan casero. - Tiene beneficio de mercado.

NOMBRE: PROFESIONAL: Joama Montes Bonilla

JOANNA M. CARTÓN DÍAZ
FISIOTERAPEUTA
52 [illegible] 163

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LÍMITES" FORMATO DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL USUARIO: Eliana Marcela Ospina A.

DIAGNOSTICO: P.C. / Sordera bilateral profunda.

EDAD: 32 **TELÉFONO:** 3147675744 **DIRECCIÓN:** Cll 19 #10a-60

FECHA DE VISITA: Marzo/2018 **ÁREA** fisioterapia

DESCRIPCIÓN DE LA VISITA:

Usuario con signos vitales estables, acompañada por la mamá (MARÍA), se realizan ejercicios isométricos para MMII y terapia eléctrica con ultrasonido para columna cervical porque presenta dolor y leve inflamación, en MMII se realizan ejercicios para aumentar arcos de movimiento y movilizaciones articulares. Se realizan series de 3 por 10 repeticiones. Se termina terapia con usuario en óptimas condiciones.
Se deja Tarea para realizar a diario, (Plan Casero).

RECOMENDACIONES:

Pregunta / Ruta con elevador para ingresar al programa en lo posible.

JOANNA M. GARZÓN DÍAZ
Fisioterapeuta
M.P.
52.257.183

Joanna Garzón D.

Firma de profesional

SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL

ASOCAPDEVI

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LÍMITES" FORMATO DE SEGUIMIENTO

NOMBRE DEL USUARIO: Rosalba Torres Villalobos

DIAGNOSTICO: hemiplejia izquierda / pavo derecha

EDAD: 61 años **TELÉFONO:** 3207567041 **DIRECCIÓN:** Cll 4 #70-34

FECHA DE VISITA: Marzo 1/2018 **ÁREA** Fisioterapia

DESCRIPCIÓN DE LA VISITA:

Usuario con signos vitales estables, se encuentra acompañada por el nieto (Daniel), se encuentra en condiciones vulnerables, se realiza terapia sedativa para MM SS y ejercicios pasivos para MM II en series de 3 por 8 repeticiones, se trabaja equilibrio con balon terapéutico. Se deja Tarea para realizar a diario. Se termina terapia con paciente en óptimas condiciones.

RECOMENDACIONES:

Plan casero para realizar 2 veces al dia.

JOANNA MARCELA DÍAZ DÍAZ
Fisioterapeuta
U.M.

Firma de profesional

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Cali DISCAPACIDAD VI

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD "RESPLANDECIENDO SIN LIMITES"
ATENCION DOMICILIARIA / 2018

ANTECEDENTES PERSONALES:

Nombre del Usuario: Mariana Liceth Aguirre Diaz

Número de documento: 1094898938 Diagnóstico: Microcefalea

Fecha de nacimiento: Agosto 1 / 2006 Sexo: F Edad: 11 años

Dirección: Cll 4 # 7a - 24 Barrio: Santa Lucia

Teléfono: 3106794388 Estado civil: Soltera

Nivel de escolaridad: Primero Entidad de Salud: Convida Subsidiado 1.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

Quirúrgicos: No refiere

Traumáticos: No refiere Alérgicos: No refiere

Farmacológicos: No refiere

Antecedentes familiares: No refiere

CRITERIOS APOYO NUTRICIONAL:

Sisben: 1

Tipo de discapacidad: Física - cognitiva

Tipo de vivienda: arrendada

Trabajo: NO.

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA:

Marcha y postura: con ayuda del caminador

Dolor: No refiere

Funcionalidad: dependiente AYO.

Edema: sin alteración Piel y faneras: sin alteración

Cicatrización: sin a Sensibilidad: sin alteración

Arcos de movimiento: disminuidos en MMII

Retracciones: isquiotibiales - flexores de cadera

Fuerza muscular: disminuida en MMII

Equilibrio y coordinación: 3/5

Concepto de dependencia: Dependiente.

OBSERVACIONES: Pendiente Artroplastia de Cadera y pies

cavos requiere traslados de ambulancia / Requiere Mercados y F.T.

NOMBRE: PROFESIONAL: Joan Sebastian Cabezas Cortes D.

JOAN SEBASTIAN M. CABEZAS PEREZ
Fisioterapeuta
U.M.B.
5582357163