HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA

HOSPITAL DPTAL DE GRANADA ESE

NIT: 800.037.021-7

CALLE 15 CARRERAS 2 Y 4 GRANADA-MET, Tel: 6500517

*** ORIGINAL ***

FECHA: 11 de octubre de 2022 10:53 p.m. VENCE:11 de noviembre de 2022
Cliente: SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE
Dirección: DIG 39A BIS 14 76
Paciente: NEIRA CALDERON AGUSTIN ESTEBAN
SOAT:
Observac: FACTURA AUTOMATICA URGENCIAS AUT N 1561 URGENCIASLI NELSON
Anexos:

Factura Electrónica de Venta **R-206269**

NIT: 899999034
TEL: 066344476 CIUDAD: BOGOTA
ID: 11120839429 EDAD: A016
Convenio: S1
Forma De Pago: Crédito

Método De Pago: Transferencia Crédito Bancario

Comp.	Fecha	CONCEPTO		Cant.	Vlr Unit	Valor Total	COD.SERV.	ESPECIALIDAD/C.U.M.
72141	2022-09-27	RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO	21101	1.00	$64,800.00	$64,800.00	873210	1 RADIOLOGIA
72259	2022-09-27	RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO	21101	1.00	$64,800.00	$64,800.00	873210	1 RADIOLOGIA
971320	2022-09-27	CONSULTA DE URGENCIAS, POR MED	39145	1.00	$82,100.00	$82,100.00	890701	1 MEDICINA DE URGENCIAS Y D

Total de los Servicios:	$211,700.00
Total de los Descuento:	
Total cuotas moderadoras:	$0.00
Total copagos recibidos	$0.00
IVA	$0.00
Saldo neto factura	**$211,700.00**

Son: DOSCIENTOS ONCE MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE

HOSPITAL DPTAL DE GRANADA ESE

Firma del paciente o responsable

Firma Digital Electrónica:

FyQAt5CBgCuqjOT1ZqFzl1Ki24Fcn5sSRnTbzjrbbiHVjp7MDcBZkOAgGuycQ5QBxlNR8nnLhMKvhtA/0Fe3BrxnBo8ZlcXf8S7DQhKsiKlXNNd37aibFdGsWEJBkQJujOpVMk2hVNtLkp5zEsQsSOuJJlNBVXs7b9dWGZiebcmuJqJG38Anm3xqOnaZGSPHhslGdFlkvZHUAUf4/lKWylFvqVSwneTcqK8bF6ULCoGuYaL08bxKF4mCNqX0mXo8qRGNNFcC5ZMFe5R4ZrB8FdGfAVT0dz9NS0cbCxAQeX6EifSldwvJrHYel91FeG4tZQeHtgbD8nbmGDOQPovbbw==

CUFE: 8c3e3a9be787ed615953d89d2aad01db4dcb7bb2613587745480e7073ee8add1c9101ff132e4d856e2d901b2da0bf1aa

Autorización según Resolución de Facturación 18764036854366 desde2022-09-27 hasta 2023-09-27 Prefijo R desde; hasta 200001;500000. por Facturación Electrónica

LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART 779 CODIGO DE COMERCIO

ApplicationResponse

Identificador Evento: 34579253 **Fecha Evento:** 11/10/2022 10:53:00p. m. **Codigo Evento:** 02 -Uso Autorizado por la DIAN

Evento: a6736a7b9fc8a0f6e8030a32f972e072289fa9915420080a3c3c56d77f47b2d117817f9cf5ae38a5583e900053fdd5f2

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA	FORMATO CONSTANCIA DE SERVICIOS RECIBIDOS	GF-P5-PR2-F6	Version 2	Página 1 de 1

CONSTANCIA DE SERVICIOS RECIBIDOS

Yo, NEIRA CALDERON AGUSTIN ESTEBAN , identificado con la TI Nro 11120839429 , expedida en GRANDA; manifiesto bajo la gravedad de juramento que recibi los servicios que consta en la factura No. R156434 de 2022/09/27, por parte de HOSPITAL DPTAL DE GRANADA ESE.

Lo anterior para dar cumplimiento al numeral 8 del literal A del Anexo Tecnico No. 05 de la resolucion No. 3047 de 14 de agosto de 2008, expedida por el Ministerio de la Proteccion social.

Dado en GRANADA , a los Veintisiete Dias del mes de Septiembre del Año 2022.

Firma del Usuario

Huella

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA

HOJA DE ADMISIÓN
CUENTA NRO: R156434

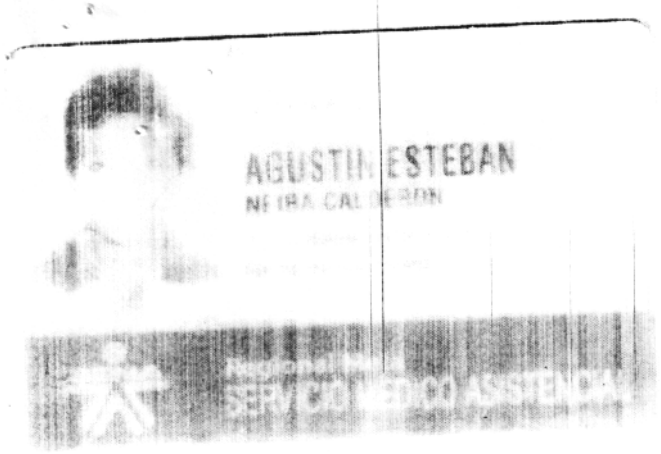
HOSPITAL DPTAL DE GRANADA ESE
NIT: 800037021

PACIENTE: 11,120,839,429 NEIRA CALDERON AGUSTIN
EMPRESA: 899,999,034 SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE
FECHA INGRESO: SEPTIEMBRE 27/2022 HABITACIÓN: SIN
FECHA SALIDA:

AUTORIZO: _____

OBSERVACIONES:

CREO: 20220927 MOD: 000 BLOQ: IMP: NELH 20220927



FECHA DE PREPARACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
09 ENE 2020	1.120.839.429
CÓDIGO Y CLASE DE EXPEDICIÓN	
10 RENOVACION TI	
APELLIDOS	
NEIRA CALDERON	
NOMBRES	
AGUSTIN ESTEBAN	
LUGAR DE PREPARACIÓN	
VILLA DE LEIVA (BOYACA)	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	
GRANADA(META) 17 NOV 2005 O+	

52743916

NE RA RODRIGUEZ AGUSTIN

7215914-120214

REGISTRADURÍA

COI

IMPRESIÓN DACTILA



FAVOR NO LAMINAR LA CONTRASEÑA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
INFORME DE LA ATENCION INCIAL DE URGENCIAS

NUMERO ATENCION: 9 7 1 3 2 0 | FECHA: 2 0 2 2 0 9 2 7 | HORA: 1 7 2 1

INFORMACION DEL PRESTADOR

NOMBRE		NIT [X]	8 0 0 0 3 7 0 2 1 - 7
HOSPITAL DPTAL DE GRANADA ESE		CC [ ]	NUMERO / DV
CODIGO: 5 0 3 1 3 0 0 5 2 2 0 1	DIRECCION PRESTADOR: CALLE 15 CARRERAS 2 Y 4		
TELEFONO: 6 5 0 0 5 1 7			
Indicat / Numero	Departamento: META 5 0	Municipio: GRANADA 3 1 3	
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR): SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE	CODIGO: P E C 0 0 1		

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
NEIRA	CALDERON	AGUSTIN	ESTEBAN

Tipo documento de identificación

- [ ] Registro civil
- [X] Tarjeta de identidad
- [ ] Cedula de ciudadania
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto sin identificación
- [ ] Menor sin identificación
- [ ] Cedula de Extranjeria

1 1 1 2 0 8 3 9 4 2 9 — Numero documento de identificación

Dirección de Residencia Habitual: CRA 15 # 16-80 CENTRO		TELEFONO: 3 0 0 4 3 1 1 6 2 9	
Departamento: META 5 0		Municipio: GRANADA 3 1 3	

Cobertura en Salud

- [ ] Regimen contributivo
- [ ] Regimen subsidiado-total
- [ ] Regimen subsidiado-pacial
- [ ] Poblacion pobre no asegurada con SISBEN
- [ ] Poblacion pobre no asegurada sin SISBEN
- [ ] Desplazado
- [ ] Plan adicional de salud
- [X] Otro

INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la Atencion

- [ ] Enfermedad General
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente de Trabajo
- [ ] Accidente de Transito
- [ ] Evento Catastrofico
- [X] Otro tipo

Clasificacion Triage

- [ ] 1. Rojo
- [ ] 2. Amarillo
- [X] 3. Verde

Ingreso a Urgencias
FECHA: 2 0 2 2 0 9 2 7 | HORA: 1 7 2 1 | Paciente Viene Remitido: [ ] SI [X] NO

Nombre del prestador de Servicios de Salud que Remite

Departamento: 0 0 | Municipio: 0 0 0

SE LASTIMO LA MANO

Impresion Diagnostica
Diagnostico Principal: Codigo CIE10: S 6 0 8 — Descripción: OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA M
Diagnostico Relacionado 1
Diagnostico Relacionado 2
Diagnostico Relacionado 3

Destino del paciente

- [X] Domicilio
- [ ] Observación
- [ ] Internación
- [ ] Remision
- [ ] Contraremision
- [ ] Otro

INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien informa		Telefono:	
NELSON OBANDO HOYOS-FACTURADOR		Indicativo / Numero / Extension	
Cargo o Actividad	FRONT URGENCIAS	Telefono Celular:	

NEIRA CALDERON AGUSTIN 11120839429

autorizaciones <autorizaciones@hospitalgranada.gov.co>

Mar 27/09/2022 18:07

Para: Nidya Caqueza Martinez <ncaqueza@sena.edu.co>;dihernandez@sena.edu.co <dihernandez@sena.edu.co>

FORMATO ESTANDARIZADO PARA SOLICITUD DE ENVIOS

OBJETIVO: GARANTIZAR QUE SE SOLICITE EXACTAMENTE LO REQUERIDO Y EVITAR GLOSAS

BUEN DIA SOLICITO AUTORIZACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS A CONTINUACION:

FECHA	NOMBRE	ID	SERVICIO SOLICITADO	CODIGO CUPS	FACTURA
27/09/2022	NEIRA CALDERON AGUSTIN	11120839429	URGENCIA	890701	R156434

Según decreto 4747 del 2007 articulo 14 y resolución 3047 DEL 2008 en el articulo 5 **", de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura**".

Agradezco su colaboración y oportuna respuesta:

ERIKA CASTAÑEDA
ASISTENTE ADMINISTRATIVO-AUTORIZACIONES
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA

Impreso: 2022-09-29

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1561

Adscrito:	176011 - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA ESE
Dirección:	CLL 15 ENTRE CRA 2 Y 4 GRANADA META
Teléfono(s):	6500520 - 6500515
Especialidad:	CLINICAS Y HOSPITALES - CLINICAS Y HOSPITALES

HC: 1120839429

Favor atender por nuestra cuenta a NEIRA CALDERON AGUSTIN ESTEBAN identificado con el carne 7215914-F Hijo de NEIRA RODRIGUEZ AGUSTIN Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Urgencias	1	0	0

OBSERVACIONES

AUTORIZACIO INTEGRAL DE URGENCIAS DEL 27-09-2022 SEGUN HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS ADJUNTA. DX S608 TRAUMA MANO Y MUÑECA



Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: ncaqueza

FECHA INGRESO:	27-09-2022 - 17:21	**FECHA EGRESO:**	30-09-2022 - 06:46
PACIENTE:	NEIRA CALDERON AGUSTIN ESTEBAN	**IDENTIFICACIÓN:**	TI 11,120,839,429
EDAD: 16 Años	**SEXO:** Masc **NACIM:** 17-11-2005	**CIUDAD:**	GRANADA
ACOMPAÑANTE:	CALDERON SAAVEDRA YOLANDA	**FOLIO:** 01 - 000001	**TELEFONO:** 3004311629
ENTIDAD:	SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE		
DIRECCIÓN:	CRA 15 # 16-80 CENTRO	**BARRIO:**	

R156434 **URGENCIAS** 3

PROCEDENCIA:
GRANADA

ACOMPAÑANTE:
NO

MOTIVO DE CONSULTA:
SE LASTIMO LA MANO

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE CON CC DE LA NOCHE DE AYER CONSISTENTE EN TRAUMA EN MANO DERECHA DURANTE JUEGO DE VOLLEYBAL CON DOLOR QUE NO CEDE ANTE LO CUAL CONSULTA

ANTECEDENTES:
N

ANTECEDENTES GENERALES:
N

ALERGICOS:
N

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO: NO
SALUD ORAL EN LOS ULTIMOS 6 MESES: NO

SIGNOS VITALES

T.Arter	T.Med	Fr.Card	Fr.Resp	Tempe	So2	Pvc	Peso	Talla	IMC	Sp.Corp	Per.Tor	Per.Abdo	Per.Muñ	Glasgow
100/077	084	088 lmp	020 rpm	37.00°	098%	00	72.0 Kl	169 cm	25.20	1.81 m2				00/15

CABEZA Y CUELLO// NORMOCEFALO, MUCOSA ORAL HUMEDA , PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZCUELLO MOVIL SIN DOLOR A LA MOVILIZACION, SIN RIGIDEZ NUCAL
TORAX //SIMETRICO NO DOLOROSO A LA PALPACION ,CON MURMULLO VESICULAR POSITIVO , NO AGREGADOS , NO TIRAJES .RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS,
ABDOMEN// RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS , BLANDO , DEPRESIBLE ,NO DOLOR NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL , PUÑO PERCUSION BILATERAL NEGATIVA
EXTREMIDADES// EDEMA EN MANO DEECHA
NEUROLOGICO// ALERTA UBICADO EN LAS 3 ESFERAS , NO DEFICIT MOTOR NO DEFICIT SENSITIVO GLASGOW 15/15
IDX.
TRAUMA EN MANO DERECHA
RX DE MANO DERECHA

DIAGNOSTICO: S608 - OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

ANALISIS: N

TIPO DE DIAGNOSTICO: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

PLAN: N

CAUSA: OTRO TIPO DE ACCIDENTE
FINALIDAD: NO APLICA
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO PIEL: NO
VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA VIOLENCIA: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NO
ENFERMEDAD ITS: NO
ERC: NO PRESENTA ERC

FECHA INGRESO:	27-09-2022 - 17:21	FECHA EGRESO:	30-09-2022 - 06:46
PACIENTE:	NEIRA CALDERON AGUSTIN ESTEBAN	IDENTIFICACIÓN:	TI 11,120,839,429
EDAD: 16 Años	SEXO: Masc NACIM: 17-11-2005	CIUDAD:	GRANADA
ACOMPAÑANTE:	CALDERON SAAVEDRA YOLANDA	FOLIO: 01 - 000001	TELEFONO: 3004311629
ENTIDAD:	SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE		
DIRECCIÓN:	CRA 15 # 16-80 CENTRO	BARRIO:	

EVALUACIÓN DEL RIESGO COVID-19

Transito o viajo en los ultimos 14 dias por un pais o region con circulacion viral confirmada de COVID 19? NO
En los ultimos 14 dias ha estado en contacto con alguna persona que haya sido diagnosticada con Coronavirus? NO
Es personal de la salud u otro ambito hospitalario con contacto estrecho de caso confirmado o probable para Covid-19? NO
Fiebre: NO
Tos: NO
Disnea: NO
Malestar general: NO
Rinorrea: NO
Odinofagia: NO
Ha viajado dentro del pais? NO
A donde viajo?
Qué tiempo en dias duró ese viaje?
Ha viajado fuera del pais? NO
A donde viajó?
Qué tiempo en dias duró ese viaje?

Esta vacunado contra COVID-19: NO

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS: LOZANO AYA JHEISON TIMOLEON ESPECIALIDAD: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA REGISTRO No: 80768850	

Sep. 27/2022 17:21 evoluciono LOZANO AYA JHEISON TIMOLEON MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA folio: 01 - 000001

NOTA: MEDICO GENERAL URGENCIAS
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO:
S608 - OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

FORMULACION:

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Imagenologia	RADIOGRAFIA DE MANO - 873210 DERECHO		1.0 (UN) INT
Ordenes Medicas	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN SALA DE URGENCIAS COMPLEJIDAD MEDIA - 5DSM01		1.0 (UN) INT

Dx/ S608



NRO FORMULA 2209271721381429

FECHA INGRESO:	27-09-2022 - 17:21	FECHA EGRESO:	30-09-2022 - 06:46
PACIENTE:	NEIRA CALDERON AGUSTIN ESTEBAN	IDENTIFICACIÓN:	TI 11,120,839,429
EDAD: 16 Años	SEXO: Masc NACIM: 17-11-2005	CIUDAD:	GRANADA
ACOMPAÑANTE:	CALDERON SAAVEDRA YOLANDA	FOLIO: 01 - 000001	TELEFONO: 3004311629
ENTIDAD:	SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE		
DIRECCIÓN:	CRA 15 # 16-80 CENTRO	BARRIO:	

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS: LOZANO AYA JHEISON TIMOLEON ESPECIALIDAD: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA REGISTRO No: 80768850	

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

Sep. 27/2022 18:29 evoluciono LOZANO AYA JHEISON TIMOLEON MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA folio: 01 - 000001

NOTA: MEDICO GENERAL URGENCIAS

RX DE MANO DEREHA SIN LESIONES OSEAS APARENTES
SE DECIDE DAR ALTA MANEJO ANALGESICO Y RECOMNEDACONES

ANALISIS DE LA EVOLUCION:
N

PLAN:
N

TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO:
S608 - OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO DE PIEL: NO
VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA DE VIOLENCIA: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NO
ENFERMEDAD ITS: NO

FORMULACION:

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	IBUPROFENO TABLETA 400 MG - POM01AI002011 ADMINISTRAR 400 Miligramos CADA 08 HORAS ORAL 3	3	10.0 (DIEZ) AMB
Farmacia	ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG - PON02BA001011 ADMINISTRAR 500 Miligramos CADA 06 HORAS ORAL 5	5	20.0 (VEINTE) AMB

Dx/ S608

2209271829471429

NRO FORMULA 2209271829471429

FECHA INGRESO:	27-09-2022 - 17:21	FECHA EGRESO:	30-09-2022 - 06:46
PACIENTE:	NEIRA CALDERON AGUSTIN ESTEBAN	IDENTIFICACIÓN:	TI 11,120,839,429
EDAD: 16 Años	SEXO: Masc NACIM: 17-11-2005	CIUDAD:	GRANADA
ACOMPAÑANTE:	CALDERON SAAVEDRA YOLANDA	FOLIO: 01 - 000001	TELEFONO: 3004311629
ENTIDAD:	SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE		
DIRECCIÓN:	CRA 15 # 16-80 CENTRO	BARRIO:	

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS: LOZANO AYA JHEISON TIMOLEON
ESPECIALIDAD: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
REGISTRO No: 80768850



FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

ESTADO SALIDA: OBSERVACION

OBSERVACIONES:

DIAGNÓSTICOS

PROFESIONAL - CIERRE DE HISTORIA CLINICA

NOMBRES Y APELLIDOS: LOZANO AYA JHEISON TIMOLEON
ESPECIALIDAD: MEDICINA DE URGENCIAS Y DOMICILIARIA
REGISTRO No: 80768850



CIERRE HISTORIA CLINICA: LOZANO AYA JHEISON TIMOLEON 20220930

HOSPITAL DPTAL DE GRANADA ESE
800037021
COMPROBANTE DE PRESTACION DE SERVICIOS: 072141

ESTUDIO: RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO
NOMBRE: NEIRA CALDERON AGUSTIN ESTEBAN
DOCUMENTO: 11,120,839,429
FECHA ESTUDIO: 27/Septiembre/2022
ENTIDAD: SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE

EDAD: 16 Años
SEXO: Masculino
SEDE: PRINCIPAL

Este estudio de imágenes diagnósticas se realizó teniendo en cuenta los protocolos de bioseguridad institucionales que garantizan una atención segura y se guían por las normas recomendadas por la OMS, con el objetivo de limitar el riesgo de expansión del virus SARS- CoV-2 (COVID 19) y ofrecer niveles óptimos de protección a los pacientes, a nuestros colaboradores altamente entrenados y al público en general.

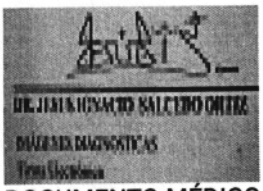
RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA AP Y OBLICUA

INDICACION:

INFORME:
Los elementos óseos de lamano derecha : falanges, metacarpianos y huesos de carpo de configuración, tamaño y posiciónanatómica normal.
Densidad ósea conservada.
Superficies articulares lisas.
Espacios articulares conservados.
No se evidencian calcificaciones intra-articulares ni peri-articulares
Planos blandos sin lesiones aparentes.

COMENTARIO:
-Estudio radiográfico dentro de límites normales.

Estudio Interpretado por:



DOCUMENTO MÉDICO: 5206329
NOMBRE MÉDICO: SALCEDO ORTIZ JESUS IGNACIO
MEDICO RADIOLOGO
REG. MÉDICO: 51046-7
ESPECIALIDAD: 600 - IMAGENES Y APOYO DIAG.

HOSPITAL DPTAL DE GRANADA ESE
800037021
COMPROBANTE DE PRESTACION DE SERVICIOS: 072259

ESTUDIO: RADIOGRAFIA DE DEDOS EN MANO
NOMBRE: NEIRA CALDERON AGUSTIN ESTEBAN
DOCUMENTO: 11,120,839,429
FECHA ESTUDIO: 27/Septiembre/2022
ENTIDAD: SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE

EDAD: 16 Años
SEXO: Masculino
SEDE: PRINCIPAL

Este estudio de imágenes diagnósticas se realizó teniendo en cuenta los protocolos de bioseguridad institucionales que garantizan una atención segura y se guían por las normas recomendadas por la OMS, con el objetivo de limitar el riesgo de expansión del virus SARS- CoV-2 (COVID 19) y ofrecer niveles óptimos de protección a los pacientes, a nuestros colaboradores altamente entrenados y al público en general.

RADIOGRAFIA DE MANO DERECHA

.

AP Y OBLICUA

.

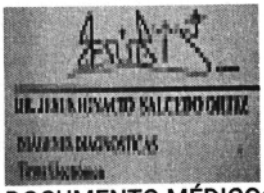
INFORME:
Los elementos óseos de la mano derecha: falanges, metacarpianos y huesos de carpo de configuración, tamaño y posición anatómica normal.
Densidad ósea conservada.
Superficies articulares lisas.
Espacios articulares conservados.
No se evidencian calcificaciones intra-articulares ni peri-articulares
Planos blandos sin lesiones aparentes.

.

COMENTARIO:

- ESTUDIO RADIOGRÁFICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES.

Estudio Interpretado por:



DOCUMENTO MÉDICO: 5206329
NOMBRE MÉDICO: SALCEDO ORTIZ JESUS IGNACIO
MEDICO RADIOLOGO
REG. MÉDICO: 51046-7
ESPECIALIDAD: 600 - IMAGENES Y APOYO DIAG.

HOSPITAL DPTAL DE GRANADA ESE

NIT: 800.037.021-7

*** O R I G I N A L ***

FECHA: 17 de octubre de 2022 10:24 p.m. VENCE:17 de noviembre de 2022
Factura Electrónica de Venta **R-204978**

Cliente: SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE
NIT: 899999034

Dirección: DIG 39A BIS 14 76
TEL: 066344476 CIUDAD: BOGOTA

Paciente: VERA BASTOS NICOL DAHIAN
ID: 1120364027 EDAD: A013

SOAT:
Convenio: S1

Observac: AUT 1623 LIQ YERLI
Forma De Pago: Crédito

Anexos:
Método De Pago: Transferencia Crédito Bancario

Comp.	Fecha	CONCEPTO		Cant.	Vlr Unit	Valor Total	COD.SERV.	ESPECIALIDAD/C.U.M.
0	2022-10-09	HIDROCORTISONA X 100 MG AMPOLL		2.00	$3,300.00	$6,600.00	H02AH008721 Vi	1 MEDICINA DE URGENCIAS Y D
0	2022-10-09	HIDROXICINA SLN.INY. 100MG/2ML		1.00	$19,239.00	$19,239.00	N05BB0101 BL	1 MEDICINA DE URGENCIAS Y D
0	2022-10-09	JERINGA DESECHABLE 10ML C/A 21		2.00	$615.00	$1,230.00	MMQXJDA501 pr	1 MEDICINA DE URGENCIAS Y D
976013	2022-10-09	CONSULTA DE URGENCIAS, POR MED	39145	1.00	$82,100.00	$82,100.00	890701	1 MEDICINA DE URGENCIAS Y D

Total de los Servicios:	$109,169.00
Total de los Descuento:	
Total cuotas moderadoras:	$0.00
Total copagos recibidos	$0.00
IVA	$0.00
Saldo neto factura	**$109,169.00**

Son: CIENTO NUEVE MIL CIENTO SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

HOSPITAL DPTAL DE GRANADA ESE

Firma del paciente o responsable

Firma Digital Electrónica:

ZHZxW8feT49FOvR86N8DJWGDrZqyrBAhDjN6w0+ceLD7c4HSsVXlbqeBzn56J85KEidaCy5BcFT+HwSzSlmq9hvHaCpLKxidT+TTLY/hZeGV
B5NvN5hye2l+zQH9o//91Qh+ek9JOvTeZqh6jS78Qrb6AEUAsltfd4z6r3FsqV3jszbEW08W4fNVkmYcf0bILhEyalnmk1SqhaLtJzLslHXCcY+FXI
Il/1GZy+OQqHHWjt5S5q8zJk1HDqThECRvO/1BnAOf5B+832k27Dg1Z3YB9MLz9ovW2AZaN5A3Fel5wKv5/cjeJkTnF2GNeQ9xWKNaudFk5y
huWHmqOY3OJg==

CUFE: 5678021ec03657ecf958b2160782b53c239940d577871f8ed17e04cc376f0fd935d95f7e7c461213251d7c06c3649ab9

Autorización según Resolución de Facturación 18764036854366 desde2022-09-27 hasta 2023-09-27 Prefijo R desde; hasta 200001;500000. por Facturación Electrónica

LA PRESENTE FACTURA SE ASIMILA EN SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO ART 779 CODIGO DE COMERCIO

ApplicationResponse

Identificador Evento: 98916375 **Fecha Evento:** 17/10/2022 10:24:00p. m. **Codigo Evento:** 02 -Uso Autorizado por la DIAN

Evento: 32e501fbbf40d8c62ea5a53ed0e2046a7fc304e67352cb6e2a5a4afc405ca5cb91fcae0d284ed66d78c1e8d2b9e420fe

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA	FORMATO CONSTANCIA DE SERVICIOS RECIBIDOS	GF-P5-PR2-F6	Version 2	Página 1 de 1

CONSTANCIA DE SERVICIOS RECIBIDOS

Yo, VERA BASTOS NICOL DAHIAN , identificado con la TI Nro 1120364027 , expedida en : manifiesto bajo la gravedad de juramento que recibi los servicios que consta en la factura No. R204978 de 2022/10/09, por parte de HOSPITAL DPTAL DE GRANADA ESE.

Lo anterior para dar cumplimiento al numeral 8 del literal A del Anexo Tecnico No. 05 de la resolucion No. 3047 de 14 de agosto de 2008, expedida por el Ministerio de la Proteccion social.

Dado en GRANADA , a los Nueve Dias del mes de Octubre del Año 2022.

Yuli Bastos Murillo.
Firma del Usuario

Huella

cc 1120354050
madre

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA

HOJA DE ADMISIÓN
CUENTA NRO: R204978

HOSPITAL DPTAL DE GRANADA ESE
NIT: 800037021

PACIENTE: 1,120,364,027 VERA BASTOS NICOL
EMPRESA: 899,999,034 SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE
FECHA INGRESO: OCTUBRE 09/2022 HABITACIÓN: SIN
FECHA SALIDA:

AUTORIZO: _____

OBSERVACIONES:

CREO: 20221009 MOD: 000 BLOQ: IMP: HTDQ 20221009

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO 1.120.364.027

VERA BASTOS
APELLIDOS

NICOL DAHIAN
NOMBRES

Nicol Vera
FIRMA



86.007.168-D

NICOL DAHIAN

VERA BUSTOS

NUIP. No. 1.120.364.027 de Granada.

Fecha de Nacimiento: 25/02/2009

Rh: B+

REGIONAL META

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
INFORME DE LA ATENCION INCIAL DE URGENCIAS

NUMERO ATENCION 976013 FECHA 20221009 HORA 2145

INFORMACION DEL PRESTADOR

NOMBRE		NIT X	800037021-7
HOSPITAL DPTAL DE GRANADA ESE		CC	NUMERO / DV
CODIGO 503130052201	DIRECCION PRESTADOR CALLE 15 CARRERAS 2 Y 4		
TELEFONO 6500517			
Indicat / Numero	Departamento: META 50	Municipio: GRANADA 313	
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE	CODIGO PEC001		

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
VERA	BASTOS	NICOL	DAHIAN

Tipo documento de identificación

- [ ] Registro civil
- [ ] Pasaporte
- [x] Tarjeta de identidad
- [ ] Adulto sin identificación
- [ ] Cedula de ciudadania
- [ ] Menor sin identificación
- [ ] Cedula de Extranjeria

Numero documento de identificación: 1120364027

Dirección de Residencia Habitual	MAZ E CASA 7 ESTEREO	TELEFONO	3108777508
Departamento: META	50	Municipio: GRANADA	313

Cobertura en Salud

- [ ] Regimen contributivo
- [ ] Regimen subsidiado-pacial
- [ ] Poblacion pobre no asegurada sin SISBEN
- [ ] Plan adicional de salud
- [ ] Regimen subsidiado-total
- [ ] Poblacion pobre no asegurada con SISBEN
- [ ] Desplazado
- [x] Otro

INFORMACION DE LA ATENCION

Origen de la Atencion

- [ ] Enfermedad General
- [ ] Accidente de Trabajo
- [ ] Evento Catastrofico
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente de Transito
- [x] Otro tipo

Clasificacion Triage

- [ ] 1. Rojo
- [ ] 2. Amarillo
- [x] 3. Verde

Ingreso a Urgencias
FECHA 20221009 HORA 2145

Paciente Viene Remitido [ ] SI [x] NO

Nombre del prestador de Servicios de Salud que Remite

Departamento: 00 Municipio: 000

REACCION ALERGICA EN PIEL

Impresion Diagnostica	Codigo CIE10	Descripción
Diagnostico Principal	L500	URTICARIA ALERGICA
Diagnostico Relacionado 1		
Diagnostico Relacionado 2		
Diagnostico Relacionado 3		

Destino del paciente

- [x] Domicilio
- [ ] Observación
- [ ] Internación
- [ ] Remision
- [ ] Contraremision
- [ ] Otro

INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien informa		Telefono:	
DUCUARA QUINTERO HEIDY TATIANA		Indicativo / Numero / Extension	
Cargo o Actividad	FRONT URGENCIAS	Telefono Celular:	

NICOL VERA BASTOS

autorizaciones <autorizaciones@hospitalgranada.gov.co>

Dom 09/10/2022 22:04

Para: autorizaciones <autorizaciones@hospitalgranada.gov.co>;Diomira Hernandez Alvarado <dihernandez@sena.edu.co>;Nidya Caqueza Martinez <ncaqueza@sena.edu.co>

FORMATO ESTANDARIZADO PARA SOLICITUD DE ENVIOS

OBJETIVO: GARANTIZAR QUE SE SOLICITE EXACTAMENTE LO REQUERIDO Y EVITAR GLOSAS

BUEN DIA SOLICITO AUTORIZACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS A CONTINUACION:

FECHA	NOMBRE	ID	SERVICIO SOLICITADO	CODIGO CUPS	FACTURA
09/10/2022	NICOL VERA BASTOS	1120364027	URGENCIAS	890701	R 204978

Según decreto 4747 del 2007 articulo 14 y resolución 3047 DEL 2008 en el articulo 5 **", de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura**".

Agradezco su colaboración y oportuna respuesta:

DANIELA TORRES
ASISTENTE ADMINISTRATIVO-AUTORIZACIONES
HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA

Impreso: 2022-10-10

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1623

Adscrito:	176011 - HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE GRANADA ESE
Dirección:	CLL 15 ENTRE CRA 2 Y 4 GRANADA META
Teléfono(s):	6500520 - 6500515
Especialidad:	CLINICAS Y HOSPITALES - CLINICAS Y HOSPITALES

HC: 1120364027

Favor atender por nuestra cuenta a VERA BASTOS NICOL DAHIAN identificado con el carne 86007168-D Hijo de Vera Osorio Eduardo Antonio Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Urgencias	1	0	0

O B S E R V A C I O N E S

SE AUTORIZA ATENCION INTEGRAL DE URGENCIAS DEL 09-10-2022. DX.L500-URTICARIA ALERGICA



Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: ncaqueza

FECHA INGRESO:	09-10-2022 - 21:45	**FECHA EGRESO:**	12-10-2022 - 07:16
PACIENTE:	VERA BASTOS NICOL DAHIAN	**IDENTIFICACIÓN:**	TI 1,120,364,027
EDAD: 13 Años	**SEXO:** Fem. **NACIM:** 25-02-2009	**CIUDAD:**	GRANADA
ACOMPAÑANTE:	YULIBASTOS MAMA	**FOLIO:** 01 - 000001	**TELEFONO:** 3108777508
ENTIDAD:	SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE		
DIRECCIÓN:	MAZ E CASA 7 ESTEREO	**BARRIO:**	

R204978 **URGENCIAS** 3

PROCEDENCIA:
GRANADA

ACOMPAÑANTE:
.

MOTIVO DE CONSULTA:
REACCION ALERGICA EN PIEL

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE FEMENINA DE 13 ALOS DE EDAD SIN ANTECDENETES DE IMPORTANCIA QUE CURSA CON CUADRO CLINICO DE 1 DIA D EEVOLCUION DADO POR PRURITO Y LESIONES EN PIEL RIPO RASH REFIERE QUE EL CUADRO COMENZO POSTERIOR A LA INGESTA DE UN SUIZO QUE SE COMIO EN HOFRAS DE LA NOCHE NIEGA OTROS SINTOMAS

ANTECEDENTES:
- FAMILIARES:
- MEDICO-QUIRURGICOS:
- FARMACOLOGICOS:
- TOXICOLOGICOS:
- TRAUMATOLOGICOS:
- OCUPACIONALES:
- GINECO-OBSTETRICOS:

ANTECEDENTES GENERALES:
- FAMILIARES:
- MEDICO-QUIRURGICOS:
- FARMACOLOGICOS:
- TOXICOLOGICOS:
- TRAUMATOLOGICOS:
- OCUPACIONALES:
- GINECO-OBSTETRICOS:

ALERGICOS:
NO REFIERE

R E V I S I O N P O R S I S T E M A S

SENTIDOS:
N

CARDIOPULMUNAR:
N

DIGESTIVO:
N

DERMATOLOGICO:
N

OSTEOARTICULAR:
N

NEUROLOGICO:
N

PSIQUIATRICO:
N

GENITOURINARIO:
N

GINECO-OBSTETRICO:
N

OBSTETRICO:
N

FECHA INGRESO:	09-10-2022 - 21:45	**FECHA EGRESO:**	12-10-2022 - 07:16
PACIENTE:	VERA BASTOS NICOL DAHIAN	**IDENTIFICACIÓN:**	TI 1,120,364,027
EDAD:	13 Años **SEXO:** Fem. **NACIM:** 25-02-2009	**CIUDAD:**	GRANADA
ACOMPAÑANTE:	YULIBASTOS MAMA	**FOLIO:**	01 - 000001 **TELEFONO:** 3108777508
ENTIDAD:	SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE		
DIRECCIÓN:	MAZ E CASA 7 ESTEREO	**BARRIO:**	

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO: NO
SALUD ORAL EN LOS ULTIMOS 6 MESES: NO

SIGNOS VITALES

T.Arter	T.Med	Fr.Card	Fr.Resp	Tempe	So2	Pvc	Peso	Talla	IMC	Sp.Corp	Per.Tor	Per.Abdo	Per.Muñ	Glasgow
118/098	104	089 lmp	018 rpm	37.00°	098%	00	53.0 Kl	165 cm	19.46	1.58 m2				15/15

- CABEZA: NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, SIN EVIDENCIA DE NISTAGMO, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, NARINAS CON ADECUADA ENTRADA DE AIRE, DE CONFIGURACION NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA, HIDRATADA, OROFARINGE SIN ALTERACIONES.

- CUELLO: MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION NI MOVILIZACION, NO SE PALPAN ADENOMEGALIAS NI MASAS.

- TORAX: SIMETRICO, EXPANSIBLE, SIN USO DE MUSCULATURA ACCESORIA, PULMONES CON ADECUADA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, RUIDOS RESPIRATORIOS BILATERALES SIN AGREGADOS PATOLOGICOS.

- CARDIACO: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, DE BUEN TONO E INTENSIDAD SIN SOPLOS NI AGREGADOS, LLENADO CAPILAR DISTAL INMEDIATO.

- ABDOMEN: NO DISTENDIDO, PERISTALSIS POSITIVA, EFECTIVA (es decir si ha tenido flatos o vulgarmente gases), BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN EVIDENCIA DE SIGNOS DEIRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS.

- GENITOURINARIO: PUÑO PERCUSION RENAL BILATERAL NEGATIVA.

- EXTREMIDADES: SIMETRICAS Y EUTROFICAS CON LLENADO CAPILAR DISTAL INMEDIATO, SIN EDEMAS.

-PIEL: LESIONES EIRTEMATOAS EN REGION DE ABDOMEN Y MIEMNRO INFERIORES

-SNC: ALERTA, CONSCIENTE, ESFERA MENTAL SIN ALTERACIONES, FUERZA MUSCULAR 5/5, SENSIBILIDAD SIMÉRICA SIN ALTERACIONES, PARES CRANEALES NORMALES, LENGUAJE SIN ALTERACIONES, SIN SIGNOS MENINGEOS.

DIAGNOSTICO: L500 - URTICARIA ALERGICA

ANALISIS: SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA DE 13 ALOS DE EDAD SIN ANTECDENETES DE IMPORTANCIA QUE CURSA CON CUADRO CLINICO DE 1 DIA D EEVOLCUION DADO POR PRURITO Y LESIONES EN PIEL RIPO RASH REFIERE QUE EL CUADRO COMENZO POSTERIOR A LA INGESTA DE UN SUIZO QUE SE COMIO EN HOFRAS DE LA NOCHE NIEGA OTROS SINTOMAS SE INICIAN MANEJO DE LOS SINTOMAS SE DA SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES Y MANEJO AMBULATORIO

TIPO DE DIAGNOSTICO: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

PLAN: .

CAUSA: ENFERMEDAD GENERAL
FINALIDAD: NO APLICA
SINTOMATICO RESPIRATORIO: NO
SINTOMATICO PIEL: NO
VICTIMA DE MALTRATO: NO
VICTIMA VIOLENCIA: NO
ENFERMEDAD MENTAL: NO
ENFERMEDAD ITS: NO
CANCER DE SENO: NO
CANCER DE CERVIX: NO
EDUCA AUTOEXAMEN DE SENO: NO
CITOLOGIA PREVIA: NO
ERC: NO PRESENTA ERC
NEUROCRITICO:

EVALUACIÓN DEL RIESGO COVID-19

FECHA INGRESO:	09-10-2022 - 21:45	**FECHA EGRESO:**	12-10-2022 - 07:16
PACIENTE:	VERA BASTOS NICOL DAHIAN	**IDENTIFICACIÓN:**	TI 1,120,364,027
EDAD: 13 Años	**SEXO:** Fem. **NACIM:** 25-02-2009	**CIUDAD:**	GRANADA
ACOMPAÑANTE:	YULIBASTOS MAMA	**FOLIO:** 01 - 000001	**TELEFONO:** 3108777508
ENTIDAD:	SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE		
DIRECCIÓN:	MAZ E CASA 7 ESTEREO	**BARRIO:**	

Transito o viajo en los ultimos 14 dias por un pais o region con circulacion viral confirmada de COVID 19? NO
En los ultimos 14 dias ha estado en contacto con alguna persona que haya sido diagnosticada con Coronavirus? NO
Es personal de la salud u otro ambito hospitalario con contacto estrecho de caso confirmado o probable para Covid-19? NO
Fiebre: NO
Tos: NO
Disnea: NO
Malestar general: NO
Rinorrea: NO
Odinofagia: NO
Ha viajado dentro del pais? NO
A donde viajo?
Qué tiempo en dias duró ese viaje?
Ha viajado fuera del pais? NO
A donde viajó?
Qué tiempo en dias duró ese viaje?

Esta vacunado contra COVID-19: NO

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS: TORRES VANEGAS YEISON ANDRES	
ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR	
REGISTRO No: 1010196111	

FECHA INGRESO:	09-10-2022 - 21:45	**FECHA EGRESO:**	12-10-2022 - 07:16
PACIENTE:	VERA BASTOS NICOL DAHIAN	**IDENTIFICACIÓN:**	TI 1,120,364,027
EDAD: 13 Años	**SEXO:** Fem. **NACIM:** 25-02-2009	**CIUDAD:**	GRANADA
ACOMPAÑANTE:	YULIBASTOS MAMA	**FOLIO:** 01 - 000001	**TELEFONO:** 3108777508
ENTIDAD:	SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE		
DIRECCIÓN:	MAZ E CASA 7 ESTEREO	**BARRIO:**	

RECOMENDACIONES PARA COVID-19 (CORONAVIRUS)

Lávese las manos frecuentemente

Lávese las manos con frecuencia con agua y jabón y si dispone de un desinfectante de manos a base de alcohol.
Por qué? Lavarse las manos con agua y jabón mata el virus si este esta en sus manos.

Adopte medidas de higiene respiratoria

Al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; tire el pañuelo inmediatamente y lávese las manos con agua y jabón.
Por qué? Al cubrir la boca y la nariz durante la tos o el estornudo se evita la propagación de germenes y virus. Si usted estornuda o tose cubrindose con las manos puede contaminar los objetos o las personas a los que toque.

Mantenga el distanciamiento social

Mantenga al menos 1 metro (3 pies) de distancia entre usted y las demás personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre.
Por qué? Cuando alguien con una enfermedad respiratoria, como la infección por el COVID19, tose o estornuda, proyecta pequeñas gotículas que contienen el virus. Si esta demasiado cerca, puede inhalar el virus.

Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca

Por qué? Las manos tocan muchas superficies que pueden estar contaminadas con el virus. Si se toca los ojos, la nariz o la boca con las manos contaminadas, puedes transferir el virus de la superficie a si mismo

Si tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, solicite atención médica a tiempo

Indique a su prestador de atención de salud si ha viajado a una zona con presencia del virus COVID19, o si ha tenido un contacto cercano con alguien que haya viajado desde China, Europa entre otros y demás países donde este presente el virus y tenga síntomas respiratorios.
Por qué? Siempre que tenga fiebre, tos y dificultad para respirar, es importante que busque atención médica de inmediato, ya que dichos sintomas pueden deberse a una infección respiratoria o a otra afección grave. Los síntomas respiratorios con fiebre pueden tener diversas causas, y dependiendo de sus antecedentes de viajes y circunstancias personales, el COVID19 podría ser una de ellas.

Mantengase informado y siga las recomendaciones de los Profesionales de Salud

Mantengase informado sobre las últimas novedades en relación con la COVID-19. Siga los consejos de su IPS de atención de salud, de las autoridades sanitarias pertinentes a nivel Nacional y Local o de su empleador sobre la forma de protegerse a sí mismo y a los demás ante la COVID-19.
Por qué? Las autoridades Nacionales y Locales dispondrán de la información más actualizada acerca de si la COVID-19 se esta propagando en su zona. Son los interlocutores más indicados para dar consejos sobre las medidas que la población de su zona debe adoptar para protegerse.

Medidas de protección para las personas que se encuentran en zonas donde se est propagando la COVID-19 o que las han visitado recientemente (en los últimos 14 días)

* Siga las orientaciones expuestas arriba.
* Permanezca en casa si empieza a encontrarse mal, aunque se trate de síntomas leves como cefalea y rinorrea leve, hasta que se recupere.
Por qué? Evitar los contactos con otras personas y las visitas a centros mdicos permitir que estos ultimos funcionen con mayor eficacia y ayudar a protegerle a usted y a otras personas de posibles infecciones por el virus de la COVID-19 u otros.
* Si tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, busque r pidamente asesoramiento mdico, ya que podría deberse a una infección respiratoria u otra afección grave. Llame con antelación e informe a su dispensador de atención de salud sobre cualquier viaje que haya realizado recientemente o cualquier contacto que haya mantenido con viajeros. Por qu? Llamar con antelación permitir que su dispensador de atención de salud le dirija r pidamente hacia el centro de salud adecuado. Esto ayudar tambin a prevenir la propagación del virus de la COVID-19 y otros virus

Oct. 9/2022 21:45 evoluciono TORRES VANEGAS YEISON ANDRES MEDICINA FAMILIAR folio: 01 - 000001

NOTA: MEDICO GENERAL URGENCIAS
TIPO DE DIAGN: 1-IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO:
L500 - URTICARIA ALERGICA

PERS.ATIENDE: MEDICO GENERAL

FORMULACION:

TIPO	DESCRIPCION	DIAS TTO.	CANT.
Farmacia	*HIDROCORTISONA POLV 100/MG - NPN02AH008721 ADMINISTRAR 200 Miligramos CADA 1 INMEDIOFTA 1	1	2.0 (DOS) INT
Farmacia	HIDROXICINA SLN.INY. 100MG/2ML - PON05BB01 ADMINISTRAR 100 Miligramos CADA 1 INMEDII.M. 1	1	1.0 (UN) INT
Farmacia	JERINGA DESECHABLE 10ML C/A 21 - MQMMQXJDA501 1	1	2.0 (DOS) INT

FECHA INGRESO:	09-10-2022 - 21:45	**FECHA EGRESO:**	12-10-2022 - 07:16
PACIENTE:	VERA BASTOS NICOL DAHIAN	**IDENTIFICACIÓN:**	TI 1,120,364,027
EDAD: 13 Años	**SEXO:** Fem. **NACIM:** 25-02-2009	**CIUDAD:**	GRANADA
ACOMPAÑANTE:	YULIBASTOS MAMA	**FOLIO:** 01 - 000001	**TELEFONO:** 3108777508
ENTIDAD:	SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE		
DIRECCIÓN:	MAZ E CASA 7 ESTEREO	**BARRIO:**	

Farmacia	HIDROXICINA TABLETA X 25 MG - NPC03AH00511 ADMINISTRAR 25 Miligramos CADA 12 DIAS ORAL 10	10	20.0 (VEINTE) AMB

Dx/ L500

2210092145662027

NRO FORMULA **2210092145662027**

QUIEN REALIZA LA VALORACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS:	TORRES VANEGAS YEISON ANDRES
ESPECIALIDAD:	MEDICINA FAMILIAR
REGISTRO No:	1010196111

FORMULA VALIDA POR 30 DIAS

ESTADO SALIDA: VIVO (A)

OBSERVACIONES:

DIAGNÓSTICOS

PROFESIONAL - CIERRE DE HISTORIA CLINICA	
NOMBRES Y APELLIDOS:	TORRES VANEGAS YEISON ANDRES
ESPECIALIDAD:	MEDICINA FAMILIAR
REGISTRO No:	1010196111

CIERRE HISTORIA CLINICA: TORRES VANEGAS YEISON ANDRES 20221012

HOSPITAL DPTAL DE GRANADA ESE
800037021
HOJA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

YDGR 2022-10-26

NOMBRE:	VERA BASTOS NICOL DAHIAN		**IDENTIFICACIÓN:**	TI1,120,364,027	
DIRECCION:	MAZ E CASA 7 ESTEREO GRANADA		**EDAD:**	13 Años	**SEXO:** Femenino
E.CIVIL:	SOLTERO	**ENTIDAD:** SERVICIO NAL DE APRENDIZAJE	**OCUPACION:**	NO APLICA	
U.SERVICIO:			**FAC.PACI:**	R204978	

DESCRIPCION	CANTIDAD	FECHA	00:00 a 06:59	07:00 a 12:59	13:00 a 18:59	19:00 a 23:59
JERINGA DESECHABLE 10ML C/A 21 2 Unidades 1 MIN. Intrav	2	2022/10/09				21:55 Intrav YONA
*HIDROCORTISONA POLV 100/MG 200 Miligramos INMEDIATO Intrav	2	2022/10/09				21:55 Intrav YONA
HIDROXICINA SLN.INY. 100MG/2ML 100 Miligramos INMEDIATO Intram	1	2022/10/09				21:55 Intram YONA
OBSERVACIONES						

OPERADORES	
OPER: YONA VALENCIA VELANDIA ADRIANA MARI	
REGISTRO No: 50-8321	