MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PLAN DE MANEJO

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2023-05-04 14:37:01
Nro. Prescripción
20230504190035800909

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento:	Municipio:	Código Habilitación:
ANTIOQUIA	RIONEGRO	056150137601

Documento de Identificación:	Nombre Prestador de Servicios de Salud:
890907254	JORGE HUMBERTO GONZÁLEZ NOREÑA
Dirección:	**Teléfono:**
KR 48 # 56-59	5313700

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
CC21956262	RESTREPO	HERNANDEZ	MARIA	DE LOS ANGELES

Número Historia Clínica:	Diagnóstico Principal:	Usuario Régimen:	Ambito atención:
21956262	R15X INCONTINENCIA FECAL	SUBSIDIADO	AMBULATORIO - NO PRIORIZADO

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Tipo prestación	Servicio Complementario	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidad	Frecuencia Uso	Duración Tratamiento (Cantidad - Período)	Cantidad Total
SUCESIVA	PAÑALES	PAÑALES TALLA M CAMBIAR CADA 6H	1	6 HORA(S)	6 MES(ES)	720

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación:	Nombre:
CC1037586071	NATALI BELLO CIFUENTES
Registro Profesional:	Firma
1037586071	
Especialidad:	CodVer: 5C9F-C181-47EA-F550-D3D5-E1F7-C600-CC06

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018.Art. 13. Numeral 5.