COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

# PLAN DE MANEJO

| Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) |
|---|
| 2023-10-23 17:44:12 |
| **Nro. Prescripción** |
| 20231023111037113922 |

## 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:** KR 48 # 56-59 | **Teléfono:** 5313700 |

## DATOS DEL PACIENTE

| Documento de Identificación: | Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Primer Nombre: | Segundo Nombre: |
|---|---|---|---|---|
| CC21960099 | OCAMPO | DE JARAMILLO | MARIA | MARGARITA |

| Número Historia Clínica: | Diagnóstico Principal: | Usuario Régimen: | Ambito atención: |
|---|---|---|---|
| 21960099 | 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 | PACIENTE FEMENINA CON ANTECDENTE PEROSNAL DE HTA, EPOC, EN ELMOMENTO DEPENDIENTE TOTAL PARA SU ABC BASICO Y AVANZANDO BARTHEL DE 0 PUNTOS, CON INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL REQUIERE PAÑALES TALLA XL CAMBIAR CADA 6H | 1 | 6 HORA(S) | 6 MES(ES) | 720 |

## PROFESIONAL TRATANTE

| Documento de Identificación: | Nombre: |
|---|---|
| CC1037586071 | NATALI BELLO CIFUENTES |
| **Registro Profesional:** 1037586071 | Firma |
| **Especialidad:** | CodVer: EC46-736E-7B6B-32AE-F05F-48FC-1B27-B813 |

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