CLINICA GENEZEN S.A.S.

Nit: 900438216-1

DIAGONAL 47 #15 SUR -31

ANTIOQUIA MEDELLIN

FIJO: 6044759680 CELULAR: .

EMAIL: 900438216@factureinbox.co

Fecha expedición: 09/08/2024 00:00

Fecha vencimiento: 09/08/2024

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N°: **FE33938**

CUFE: **767433d92a7683c29b3d50e7b3c99ce83d06a58ac9e12fef75b23aace37992d1ac7e1e5dc421dabc801ab151a8ea7dcc**

Servicios Prestados a: RC-1039708979 BOJACA CASTRILLON ALAN ISAAC Edad: 1 Ingreso: 96424

Direccón: NUEVO MILENIO Ciudad: Puerto Berrio Teléfono: 3243348415

F.Ingreso: 2024-08-08 F.Egreso: 2024-08-08 Dias Estancia: 0 Regimen: Otro Nivel: 0

Responsable del pago: DISPENSARIO MÉDICO MEDELLÍN Nit: 901541037-1 Poliza:

Convenio: 154 - CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024

Dirección: CRA 77 C 51 136 Teléfono: 5174674

Cups-Cum	Atc	Actividad	Fecha	Descripción	Cant.	Vlr. Unitario	Valor
				==> Consultas <==			
Consultas							
890701		39145	08/08/2024	CONSULTA DE URGENCIAS - 85400	1	$ 73.260,00	$ 73.260,00
Subtotal		***Consultas***			*0*		***$ 73.260,00***
				==> Estancias <==			
Estancias							
10M004		38264	08/08/2024	HABITACION CUATRO O MAS CAMAS - *	1	$ 152.900,00	$ 152.900,00
Subtotal		***Estancias***			*0*		***$ 152.900,00***
				==> Materiales e insumos <==			
Materiales e insumos							
DM201264	DM201264	DM201264	08/08/2024	EQUIPO MACROGOTERO 20 GOTAS X ML UND	1	$ 1.382,00	$ 1.382,00
DM485482	DM485482	DM485482	08/08/2024	ADAPTADOR LIBRE DE AGUJA	1	$ 2.417,00	$ 2.417,00
DM200530	N/A	DM200530	08/08/2024	CATETER INTRAVENOSO #24 3/4	1	$ 1.522,00	$ 1.522,00
DM200136	DM200136	DM200136	08/08/2024	JERINGA DESECHABLE 10 ML 21G X 1 1/2	1	$ 314,00	$ 314,00
19932754-5	B05BS004701	5059	08/08/2024	SODIO CLORURO 0.9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA X 100ML	1	$ 4.110,00	$ 4.110,00
Subtotal		***Materiales e insumos***			*0*		***$ 9.745,00***
				==> Medicamentos POS <==			
Medicamentos POS							
32606-2	B05XR007701	5997	08/08/2024	LACTATO RINGER X 500 ML (SOLUCION HARTMAN) SOLUCION I	1	$ 4.275,00	$ 4.275,00
20095751-3	A04AA01	3874	08/08/2024	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE	1	$ 4.725,00	$ 4.725,00
Subtotal		***Medicamentos POS***			*0*		***$ 9.000,00***

CLINICA GENEZEN S.A.S.

Nit: 900438216-1

DIAGONAL 47 #15 SUR -31

ANTIOQUIA MEDELLIN

FIJO: 6044759680 CELULAR: .

EMAIL: 900438216@factureinbox.co

Fecha expedición: 09/08/2024 00:00

Fecha vencimiento: 09/08/2024

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N°: **FE33938**

CUFE: **767433d92a7683c29b3d50e7b3c99ce83d06a58ac9e12fef75b23aace37992d1ac7e1e5dc421dabc801ab151a8ea7dcc**

Servicios Prestados a: RC-1039708979 BOJACA CASTRILLON ALAN ISAAC Edad: 1 Ingreso: 96424

Direccón: NUEVO MILENIO Ciudad: Puerto Berrio Teléfono: 3243348415

F.Ingreso: 2024-08-08 F.Egreso: 2024-08-08 Dias Estancia: 0 Regimen: Otro Nivel: 0

Responsable del pago: DISPENSARIO MÉDICO MEDELLÍN Nit: 901541037-1 Poliza:

Convenio: 154 - CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024

Dirección: CRA 77 C 51 136 Teléfono: 5174674

FORMA DE PAGO	**Total General**	$ 244.905,00
Contado	**Total Copago / Cuota**	$ 0,00
MEDIO DE PAGO	**Total IVA**	$0
Consignación bancaria	**Total Neto**	$ 244.905,00

Son: DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS

ELABORADO POR: ELVIA CAROLINA MOLANO PINTO

IMPRESO POR: ELVIA CAROLINA MOLANO PINTO. 09/08/2024 00:00:00

FIRMA DE QUIEN RECIBE EL SERVICIO O FIRMA DEL ACUDIENTE: _____

Sede Puerto Berrio: Carrera 7 # 48-03
- Somos Responsables de IVA
-No somos autorretenedores en renta
-No somos retenedores de ICA
- Autorización para facturar según resolución de la DIAN No. 18764052471923 del 27 de Julio 2023 Rango FE3001-FE5000 Vigencia 12 Meses
- Autorización para facturar según resolución de la DIAN No. 18764066428666 del 29 de Febrero 2024 Rango FE5001-FE133000 Vigencia 12 Meses
- Factura emitida electrónicamente

HOSPITAL ALMA MATER DE ANTIOQUIA Nit: 811016192. Proveedor Solución Software ERP GHIPS

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
BATALLÓN DE A.S.P.C 14 "CACIQUE PIPATÓN"
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BASPC 14

EJÉRCITO NACIONAL

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

AUTORIZACIÓN N°	3444			FECHA REMISION	2/09/2024	FECHA ENTREGA	2/09/2024		
CUPS	890701	SR (A)	ALAN ISAAC BOJACA CASTRILLON				DOC.	RC 1039708979	
EDAD	1	A	SEXO	M	TIPO USUARIO	AFILIADO			
UNIDAD	BASPC 14		PRESTADOR			CLÍNICA GENEZEN S.A.S			
DIRECCION	PTO BERRIO - ANTIOQUIA					TELEFONO	3105414482--6048331610		
ESPECIALIDAD REQUERIDA						ATENCION URGENCIAS			
SOLICITA						MEDICO GENERAL			

AUTORIZACIÓN DE ORDEN		
CUPS	DESCRIPCIÓN	CANT.
890701	CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL	1
VALOR	244.905	VALOR LETRAS

NOTA: La orden de autorización de servicios médicos presenta información relevante a verificar por parte de la entidad prestadora de los servicios de salud, la omisión de esta será causada el no pago de los servicios prestados el prestador de servicio tendrá plazo para legalizar la presente autorización al ESM BASPC 14, con 120 días calendario a partir de la fecha de entrega.

ALAN ISAAC BOJACA CASTRILLON
Paciente

SP.SANCHEZ JUAN CARLOS
Subdirector ESM BASPC 14

ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BASPC N°14

PS. ALEGRIAS PRADA JOHN FREDDY
Validador del derecho

SP.SANCHEZ JUAN CARLOS
Director ESM BASPC 14 (E)

PATRIA HONOR LEALTAD

Carrera 50 entre calles 4 y 5, Antiguo Hotel Magdalena
Puerto Berío- Antioquia
referencia.esm.baspc14@gmail.com - cel. 321 6511352

CLÍNICA GENEZEN

CLINICA GENEZEN
CLINICA GENEZEN SEDE PUERTO BERRIO
Nit:900438216
CodigoHabilitacion: 055791191902

ORDEN DE SALIDA

ORDEN DE SALIDA			
Sede	CLINICA GENEZEN SEDE PUERTO BERRIO	**Identificacion**	1039708979
Paciente	ALAN ISAAC BOJACA CASTRILLON	**Ubicacion**	BLOQUE 1 PISO 01 Observación pediátrica SillaVP14
Edad	1	**Genero**	Masculino
Telefono		**Aseguradora**	154 - CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024
Atencion	110100	**Ingreso**	96424
FechaIngreso	8/08/2024 3:38:35 p. m.	**FechaBoletaSalida**	8/08/2024 10:49:48 p. m.
Usuario_Genera_Boleta	ELVIA CAROLINA MOLANO PINTO	**Usuario_Genera_Boleta**	ELVIA CAROLINA MOLANO PINTO

CLÍNICA GENEZEN contigo...	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Código:
		Versión:
		Fecha de aprobación:

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 08 / 08 / 24 /

Dx: vomito

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

PACIENTE:	Bojaca	castrillon	Alan	1 año	1039408979
	PRIMER APELLIDO	2DO APELLIDO	NOMBRE	EDAD	DOCUMENTO

Yo Alan Isaac Bojaca castrillon identificado (a)

Con documento de identidad número 1039408979 De Pto Berrio

Certifico que: he leído (o que me han leído) el documento consentimiento informado procedimientos de enfermería, que he comprendido, al igual que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

En caso de realización de procedimiento en menor o persona en condición de discapacidad mental o cognitiva, nombre del representante legal_____

INFORMACIÓN SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES DE ENFERMARÍA Y SUS POSIBLES RIESGOS

ACCESO ATERIAL: procedimiento mediante el cual se punciona una arteria con fines diagnósticos.
posibles riesgos: inflamación, infección, hematoma (moretones), sangrados lesión del nervio radial.

ADMINISTRAGIÓN DE HEMOCONPONENTES: Es el procedimiento mediante el cual se je aplican componentes sanguíneos al organismo del paciente a través de la vía intravenosa, con fines terapéuticos.
Posibles riesgos: reacciones alérgicas (fiebre, escalofrió, brote, alergias)

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS: Procedimiento mediante el cual se aplica al organismo de paciente sustancias medicamentosas a través de diferentes vías con fines diagnóstico.
Posibles riesgos: reacciones alérgicas (fiebre, escalofrió, brote y dificultad respiratoria dolor o absceso en el sitio de punción, hematomas.

CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO Y/O YUGULAR: procedimiento mediante el cual se punciona un conducto sanguíneo del organismo (vena) con una finalidad (si se deja, instalado) o diagnostica (en caso de toma de muestras de laboratorio o aplicación de medios de contraste entre otros).
Posibles riesgos: inflamación y extravasación de las venas puncionadas. hematomas moretones infecciones, hemotórax y/o neumotórax en caso de catéter venoso central.

CURACIONES: procedimiento encaminado a la remoción, de partículas secreciones yo microorganismos de las heridas con el fin de recuperar la perdida de continuidad de tejido y prevenir o disminuir el riesgo de infección del paciente.

CLÍNICA GENEZEN Contigo...	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	Código:
		Versión:
		Fecha de aprobación:

Posibles riesgos: Irritación de la piel, dolor, sangrado, infección y traumar pruebas diagnósticas

Posibles riesgos: Infección, trauma y/o molestias de la sonda.

COLOCACIÓN DE PICC: PICC es un catéter central de acceso periférico para terapia corto y/o largo plazo, Posibles riesgos: Infección y/a molestias del catéter.

CONTENSION MECANICA: Es la forma correcta de asegurar el paciente a la cama o camilla o las sillas para fijar los miembros superiores e interiores en caso de tratamiento o exámenes especiales.
Posibles riesgos:
• Las contenciones mecánicas suponen un peligro potencial ya que pueden aumentar el riesgo de defunción, caídas, lesiones graves y hospitalización prolongada.
• Lesiones en plexos nerviosos.
Riesgos de tromboembolismos.
• Lesiones al forzar la inmovilización: Fracturas, luxaciones en pacientes con deformidades
• Broncoaspiraciones; cuando la inmovilización es en posición supina (boca arriba)
• Lesiones isquémicas.
Contracturas isquémicas de los músculos de ambas manos después de tiempos prolongados de succión.
• Asfixia: Puede producirse al enredarse el paciente sistema de sujeción, generalmente cuando trata de levantarse y cuando la inmovilización es en decúbito prono.
• Muerte súbita: Algunos informes describen le muerte súbita tras un prolongado periodo de agitación y forcejeo con las sujeciones. otras consecuencias derivadas de la propia inmovilidad: debilidad, pérdida de fuerza, deterioro funcional de las actividades de la vida diaria, incontinencia
• Reducción del apetito, deshidratación, hipotensión con riesgo de sincopes y caídas.
• Aumento de la agitación.
•Alteraciones sensoriales, por el aislamiento del entorno y una relación alterada con el personal que le da el cuidado
• Aumento del estrés tísico y psicológico.
• Mayor riesgo de Infecciones intrahospitalarias
Declaro que comprendo-que, durante mi estancia en la Clínica Genezen, el personal de enfermería debería realizar deberá realizar alguno de los procedimientos descritos y soy consciente de los cuidados que requiero y la importancia de estos para el restablecimiento y el cuidado de mi salud

Huella Paciente	x Johana Andrea Castrillo xeos.	Victor castañeda
	Firma y cedula del Paciente o presentante legal	Firma del profesional de la Salud

REVOCACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Con pleno conocimiento de los riesgos y después de haber sido informado e decidido no aceptar la realización del procedimiento de enfermería (especificar cuál) _____ haciéndome responsable de las consecuencias que se puedan derivar de esta decisión)
Huella paciente

CLÍNICA GENEZEN

CLINICA GENEZEN
CLINICA GENEZEN SEDE PUERTO BERRIO
Nit:900438216
CodigoHabilitacion: 055791191902

FORMATO F3

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente	ALAN ISAAC BOJACA CASTRILLON	**Identificación**	1039708979
Fecha Nacimiento	02/04/2023	**Tipo Identificación**	RC - Registro Civil
Edad	1 Años	**Sexo biológico**	Masculino
Teléfono Domicilio	3243348415	**Teléfono Celular**	3243348415
Servicio que Admite	Urgencias Generales Sótano	**Entidad promotora de salud o entidad adaptada**	154 - CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024
Nro de Atención	110100	**Nro de Ingreso**	96424

Fecha/hora Ingreso	08/08/2024 14:42:37	**Código de Admisión**	110100
Fecha/hora Triaje	08/08/2024 15:38:35	**Autorización**	
Fecha/hora Atención	08/08/2024 15:47:35		
Nivel educativo	Basica Primaria		
Pertenencia Etnica	Negro (a). Mulato (a). Afrocolombiano (a) o Afro descendiente		
Grupo poblacional	Habitante de calle		
Credo religioso	Agnóstica o Budista		

Datos adicionales

Tipo Vinculación: Otro Estado Civil: Soltero Ocupación: SIN OCUPACION Acompañante: Ninguno Telefono Acompañante: Autoriza participación de estudiantes: Si	Lugar Residencia: NUEVO MILENIO Via de Ingreso: Espontaneo Causa Externa: Enfermedad General Responsable: ON Telefono Responsable: ON Parentesco: NO

Motivo de Consulta

"ESTA VOMITANDO TODO LO QUE COME"

Enfermedad Actual

PACIENTE LACTANTE MAYOR MASCULINO DE 1 AÑO DE EDAD QUIEN INGRESA POR CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 3 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DISMINUCION MICCIONAL, CONCOMITANTE CON EPISODIOS EMETICOS DE CONTENIDO ALIMENTARIO EL DIA DE HOY EN NUEMRO DE 5 VECES, MOTIVO POR EL CUAL ES TRAIDO POR SU MADRE JOHANA CASTRILLON

Revisión por Sistemas	Signos vitales
NIEGA	PA: 90/60 - FC: 110 - FR: 24 - Glasgow: 15/15 - Peso: 10.3 - Talla: - SaO2: 97 - Dextrometer: - Temp: 36.5

Antecedentes Personales

PATOLÓGICOS: NIEGA
QUIRÚRGICOS: NIEGA
FARMACOLÓGICOS: NIEGA
TOXICOLÓGICOS: NIEGA
ALÉRGICOS: NIEGA
HOSPITALIZACIONES: NIEGA
INMUNIZACIONES: COMPLETO, NO LO PORTA

Antecedentes Familiares

NIEGA

Alérgicos	No
Consume medicamentos naturales	NO

Tratamiento Actual

NIEGA

Aspectos Generales

ACTUALMENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADO, SIGNOS VITALES NORMALES, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXÍGENO AMBIENTE

Exámen Físico

Cabeza y cuello	Anormal	**Ojos**	No aplica
Otorrinolaringología	No aplica	**Cardiovascular**	No aplica
Pulmonar	No aplica	**Abdomen**	No aplica
Genitourinario	No aplica	**Osteomuscular**	No aplica
Piel	No aplica	**Neurológico**	No aplica
Tacto Rectal	No aplica	**Tacto vaginal**	No aplica

Cabeza: MUCOSA ORAL SEMIHUMEDA

Plan

ACTUALMENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADO, SIGNOS VITALES NORMALES, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXÍGENO AMBIENTE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO EVIDENTE, SIN OTROS DATOS POSITIVOS AL EXAMEN FÍSICO. POR LO ANTERIOR, SE CONSIDERA PACIENTE CURSANDO CON INTOLERANCIA A LA VIA ORAL, SE MOTIVA INGRESAR PARA INICIAR MANEJO MÉDICO, SE DEFINIRÁ CONDUCTA DE ACUERDO A EVOLUCIÓN CLÍNICA. SE EXPLICA CONDICIÓN CLÍNICA AL PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN
1. OBSERVACION
2. MEDICAMENTOS
- LACTATO DE RINGER PASAR A RAZON DE 42 CC INTRAVENOSO HORA
-ONDASETRON 1.5 MG INTRAVENOSO EN CASO DE VOMITO
3. LABORATORIOS E IMAGENES
-NINGUNO
4. CUIDADOS DE ENFERMERIA
5. CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS
6. REVALORAR

Impresión Diagnóstica	
Diag. principal	R11X - NAUSEA Y VOMITO
Diag. relacionado 1	
Diag. relacionado 2	
Diag. relacionado 3	

Funcionario	Registro	Enviado a	Firma
KATHERINE BARANDICA ESCORCIA - Doc. 1234096717 - ...		OBSERVACION	 3F3B5D7ACE784F3777B71F95A462BEC

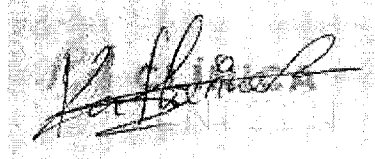
CLÍNICA GENEZEN

CLINICA GENEZEN
CLINICA GENEZEN SEDE PUERTO BERRIO
Nit:900438216
CodigoHabilitacion: 055791191902

INFORME EPICRISIS

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente	ALAN ISAAC BOJACA CASTRILLON	**Identificación**	1039708979
Fecha Nacimiento	02/04/2023	**Tipo Identificación**	RC - Registro Civil
Edad	1 Años	**Sexo biológico**	Masculino
Teléfono Domicilio	3243348415	**Teléfono Celular**	3243348415
Servicio que Admite	Urgencias Generales Sótano	**Entidad promotora de salud o entidad adaptada**	154 - CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024
Nro de Atención	110100	**Nro de Ingreso**	96424

Servicio Ingreso	Observación pediátrica BLOQUE 1 PISO 01 SillaVP14	**Servicio Egreso**	Observación pediátrica BLOQUE 1 PISO 01 SillaVP14
Diagnóstico Egreso		**Estancia**	0
Fecha Ingreso	08/08/2024 14:42:37	**Fecha Egreso**	08/08/2024 22:49:47

DATOS DE INGRESO			
Fecha Ingreso	08/08/2024 14:42		
Motivo de Consulta	"ESTA VOMITANDO TODO LO QUE COME". Causa Externa: Enfermedad General		
Antecedentes	Antecedentes personales: PATOLÓGICOS: NIEGA QUIRÚRGICOS: NIEGA FARMACOLÓGICOS: NIEGA TOXICOLÓGICOS: NIEGA ALÉRGICOS: NIEGA HOSPITALIZACIONES: NIEGA INMUNIZACIONES: COMPLETO, NO LO PORTA Antecedentes familiares: NIEGA		
Hallazgos del examen físico	Fecha: 08/08/2024 15:47 Temperatura (°C): 36.5 Frecuencia cardíaca (ppm): 110 Presión arterial (sitólica/diastólica mm Hg): 90/60 Frecuencia respiratoria (cpm): 24 Saturación de oxígeno (%): 97 Peso (kg): 10.3 Talla (cms): Dextrometer (mg/dL): Glasgow: 15/15 Usuario registra: KATHERINE BARANDICA ESCORCIA		
Revisión por Sistemas	NIEGA		
Enfermedad Actual	PACIENTE LACTANTE MAYOR MASCULINO DE 1 AÑO DE EDAD QUIEN INGRESA POR CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 3 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DISMINUCION MICCIONAL, CONCOMITANTE CON EPISODIOS EMETICOS DE CONTENIDO ALIMENTARIO EL DIA DE HOY EN NUEMRO DE 5 VECES, MOTIVO POR EL CUAL ES TRAIDO POR SU MADRE JOHANA CASTRILLON		
Diagnóstico Ingreso	R11X - NAUSEA Y VOMITO		
Tipo diagnóstico	Diagnóstico nuevo		
Dx2			
Dx3			
Dx4			
Nombre Médico	KATHERINE BARANDICA ESCORCIA	**Especialidad**	...
Identificación	1234096717	**Registro**	
Firma	 3F3B5D7ACE784F3777B71F95A462BEC		

Resumen de la Atención	Especialidad: MEDICINA GENERAL Analisis: Paciente masculino de 1 año de edad en conjunto de su madre quien se encuentra en observación bajo idx: intolerancia a la vía oral, en el momento clínicamente estable, con signos vitales en metas, tolerando vía oral y oxigeno ambiente, al examen físico con mucosa oral húmeda, amígdalas de tamaño normal, no signos de deshidratación, paciente con mucha mejoría clínica, por lo que se decide dar egreso hospitalario con tratamiento ambulatorio, recomendaciones y signos de alarma para consultar por urgencias. Plan: Alta medica Aliprid gotas, dar 10 gotas cada 8 h x vomito enterogermina amp, 1 amp vo cada 12 h x 3 dias sales de rehidratación oral, diluir en agua y dar a libre demanda recomendaciones y signos de alarma Usuario: MARIO ALEXANDER ALVAREZ BEDOYA Fecha: 08/08/2024 22:35

Procedimientos	

PROCEDIMIENTO Y Cx	Fecha	Funcionario

TRATAMIENTO	TOTAL DOSIS SOLICITADAS
ENTEROGERMINA ESPORAS DE BACILLUS CLAUSSI X 5ML AMP ORALES	5 ML
LACTATO RINGER X 500 ML (SOLUCION HARTMAN) SOLUCION I	500 ML
ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE	8 MG
SALES DE REHIDRATACION ORAL. FORMULA OMS POLVO PARA DISOLVER EN UN LITRO DE AGUA	5 SOBRE

Otros tratamientos	

Medicamentos NO POS	Funcionario

CONDUCTA (Ordenes Medicas Generadas al Ingreso)	Funcionario
INTERNACION COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION BIPERSONAL	KATHERINE BARANDICA ESCORCIA

DATOS DE EGRESO			
Dx Principal	R11X-NAUSEA Y VOMITO	Dx Relacionado	-
Tipo Dx Principal	Presuntivo		
Dx Relacionado 2	-	Dx Relacionado 3	-

PLAN DE MANEJO DE EGRESO	
Medicamentos (Formula con que sale)	Funcionario
SALES DE REHIDRATACION ORAL. FORMULA OMS POLVO PARA DISOLVER EN UN LITRO DE AGUA - 5 SOBRE cada 24 Hora(s) VÍA ORAL Cantidad: 25	CC 1102881509 MARIO ALEXANDER ALVAREZ BEDOYA Esp. Medicina General
ENTEROGERMINA ESPORAS DE BACILLUS CLAUSSI X 5ML AMP ORALES - 5 ML cada 12 Hora(s) VÍA ORAL Cantidad: 6	CC 1102881509 MARIO ALEXANDER ALVAREZ BEDOYA Esp. Medicina General

Ayudas Diagnosticas	Sustentación

Examenes y Procedimientos	Funcionario

Interconsultas	Funcionario

Paciente sale incapacitado	No
Paciente sale muerto	NO

INFORMACION PROFESIONAL			
Medico Finaliza	MARIO ALEXANDER ALVAREZ BEDOYA		
Cedula	CC 1102881509	Registro	
Especialidad 1	Medicina General		
Especialidad 2			
Firma	Mario Alvarez Bedoya Médico General C.C. 1102881509 62678079B37D4341A2A43F56855ADF31		
Medico Genera Alta	MARIO ALEXANDER ALVAREZ BEDOYA		
Cedula	CC 1102881509	Registro	
Especialidad 1	Medicina General		
Especialidad 2			
Firma	Mario Alvarez Bedoya Médico General C.C. 1102881509 62678079B37D4341A2A43F56855ADF31		

CLÍNICA GENEZEN

CLINICA GENEZEN
CLINICA GENEZEN SEDE PUERTO BERRIO
Nit:900438216
CodigoHabilitacion: 055791191902

Registro de aplicación

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente	ALAN ISAAC BOJACA CASTRILLON	**Identificación**	1039708979
Fecha Nacimiento	02/04/2023	**Tipo Identificación**	RC - Registro Civil
Edad	1 Años	**Sexo biológico**	Masculino
Teléfono Domicilio	3243348415	**Teléfono Celular**	3243348415
Servicio que Admite	Urgencias Generales Sótano	**Entidad promotora de salud o entidad adaptada**	154 - CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024
Nro de Atención	110100	**Nro de Ingreso**	96424

Producto	LACTATO RINGER X 500 ML (SOLUCION HARTMAN) SOLUCION I - (500 ML cada 24 Hora(s) INTRAVENOSA)

Fecha	Aplicado	Dosis	Funcionario
08/08/2024 16:5	Si	500,00	CC 1007567473 - VICTOR GABRIEL CASTAÑEDA JARAMILLO
Observaciones			

Producto	ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE - (8 MG cada 24 Hora(s) INTRAVENOSA)

Fecha	Aplicado	Dosis	Funcionario
08/08/2024 16:5	Si	8,00	CC 1007567473 - VICTOR GABRIEL CASTAÑEDA JARAMILLO
Observaciones			

Producto	ADAPTADOR LIBRE DE AGUJA - (1 UNIDAD cada 24 Hora(s) NO APLICA)

Fecha	Aplicado	Dosis	Funcionario
08/08/2024 16:5	Si	1,00	CC 1007567473 - VICTOR GABRIEL CASTAÑEDA JARAMILLO
Observaciones			

Producto	CATETER INTRAVENOSO #24 3/4 - (1 UNIDAD cada 24 Hora(s) NO APLICA)

Fecha	Aplicado	Dosis	Funcionario
08/08/2024 16:5	Si	1,00	CC 1007567473 - VICTOR GABRIEL CASTAÑEDA JARAMILLO
Observaciones			

Producto	EQUIPO MACROGOTERO 20 GOTAS X ML UND - (1 UNIDAD cada 24 Hora(s) NO APLICA)

Fecha	Aplicado	Dosis	Funcionario
08/08/2024 16:6	Si	1,00	CC 1007567473 - VICTOR GABRIEL CASTAÑEDA JARAMILLO
Observaciones			

Producto	JERINGA DESECHABLE 10 ML 21G X 1 1/2 - (1 UNIDAD cada 24 Hora(s) NO APLICA)

Fecha	Aplicado	Dosis	Funcionario
08/08/2024 16:6	Si	1,00	CC 1007567473 - VICTOR GABRIEL CASTAÑEDA JARAMILLO
Observaciones			

Producto	SODIO CLORURO 0.9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA X 100ML - (100 ML cada 24 Hora(s) INTRAVENOSA)

Fecha	Aplicado	Dosis	Funcionario
08/08/2024 16:6	Si	100,00	CC 1007567473 - VICTOR GABRIEL CASTAÑEDA JARAMILLO
Observaciones			

-- HISTÓRICO DESPACHO

CLÍNICA GENEZEN

Orden de Medicamentos

CLINICA GENEZEN SEDE PUERTO BERRIO

CARRERA 7 # 48 - 06

Observación pediátrica - SillaVP14
***Servicio Actual:* Observación pediátrica - SillaVP14**

Orden # 1 del 8.8.2024

Consecutivo : 80160

Cama SillaVP14	**Paciente** ALAN ISAAC BOJACA CASTRILLON
Nro Identificación RC - 1039708979	**Atención-Ingreso** 96424
CIE-10 R11X	**Diagnóstico** NAUSEA Y VOMITO
Orden Hospitalización NO	**Aseguradora** 154-CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024
Peso (Kg) 10.3	**Talla (Cm)**
	Ciudad Puerto Berrio

CÓDIGO	MEDICAMENTO - INSUMO	FORMULACIÓN	DOSIS	CANTIDAD	NOTAS HC	CONCEPTO
5997	* LACTATO RINGER X 500 ML (SOLUCION HARTMAN) SOLUCION I	500 ML cada 24 Hora(s) INTRAVENOSA	N/A	1 uno	42 CC IV HORA	POS
3874	* ONDANSETRON 8 MG / 4 ML SOLUCION INYECTABLE	8 MG cada 24 Hora(s) INTRAVENOSA	N/A	1 uno	1.5 MG IV EN CASO DE VOMITO	POS

Suspensiones:



3F3B5D7ACE784F3777B71F95A462BEC

Funcionario(s): KATHERINE BARANDICA ESCORCIA - Documento: 1234096717 - Registro: - Especialidad: ...
Fecha Solicitud: 2024-08-08 15:48:36

Esta solicitud no ha sido impresa aún en el servicio farmacéutico.
Solicitud Despachada por: ASTRID NAYIBER ECHEVERRY
Fecha de Despacho: 08/08/2024 15:57:57
Esta orden se encuentra vigente 24 horas después de su notificación

-- HISTÓRICO DESPACHO

CLÍNICA GENEZEN

Orden de Insumos

CLINICA GENEZEN SEDE PUERTO BERRIO

CARRERA 7 # 48 - 06

Observación pediátrica - SillaVP14
***Servicio Actual:* Observación pediátrica - SillaVP14**

Orden # 1 del 8.8.2024

Consecutivo : 80163

Cama SillaVP14	**Paciente** ALAN ISAAC BOJACA CASTRILLON
Nro Identificación RC - 1039708979	**Atención-Ingreso** 96424
CIE-10 R11X	**Diagnóstico** NAUSEA Y VOMITO
Orden Hospitalización NO	**Aseguradora** 154-CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024
Peso (Kg) 10.3	**Talla (Cm)**
	Ciudad Puerto Berrio

CÓDIGO	MEDICAMENTO - INSUMO	FORMULACIÓN	DOSIS	CANTIDAD	NOTAS HC	CONCEPTO
DM485482	* ADAPTADOR LIBRE DE AGUJA	1 UNIDAD cada 24 Hora(s) NO APLICA	N/A	1 uno		POS
DM200530	* CATETER INTRAVENOSO #24 3/4	1 UNIDAD cada 24 Hora(s) NO APLICA	N/A	1 uno		POS
DM201264	* EQUIPO MACROGOTERO 20 GOTAS X ML UND	1 UNIDAD cada 24 Hora(s) NO APLICA	N/A	1 uno		POS
DM200136	* JERINGA DESECHABLE 10 ML 21G X 1 1/2	1 UNIDAD cada 24 Hora(s) NO APLICA	N/A	1 uno		POS
5059	* SODIO CLORURO 0.9% SOLUCION INYECTABLE BOLSA X 100ML	100 ML cada 24 Hora(s) INTRAVENOSA	N/A	1 uno		POS

Suspensiones:

Enfermero(a): VICTOR GABRIEL CASTAÑEDA JARAMILLO - Documento: 1007567473 - Registro: - Especialidad: Auxiliar de Enfermeria
Fecha Solicitud: 2024-08-08 15:52:38

Esta solicitud no ha sido impresa aún en el servicio farmacéutico.
***Solicitud Despachada por:** ASTRID NAYIBER ECHEVERRY*
***Fecha de Despacho:** 08/08/2024 15:58:28*
Esta orden se encuentra vigente 24 horas después de su notificación

-- HISTÓRICO DESPACHO

Orden de Insumos

CLINICA GENEZEN SEDE PUERTO BERRIO

CARRERA 7 # 48 - 06

Observación pediátrica - SillaVP14
***Servicio Actual:* Observación pediátrica - SillaVP14**

Orden # 1 del 8.8.2024

Consecutivo : 80177

Cama SillaVP14	**Paciente** ALAN ISAAC BOJACA CASTRILLON
Nro Identificación RC - 1039708979	**Atención-Ingreso** 96424
CIE-10 R11X	**Diagnóstico** NAUSEA Y VOMITO
Orden Hospitalización NO	**Aseguradora** 154-CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024
Peso (Kg) 10.3	**Talla (Cm)**
	Ciudad Puerto Berrio

CÓDIGO	MEDICAMENTO - INSUMO	FORMULACIÓN	DOSIS	CANTIDAD	NOTAS HC	CONCEPTO
DM200530	* CATETER INTRAVENOSO #24 3/4	2 UNIDAD cada 24 Hora(s) NO APLICA	N/A	2 dos		POS

Suspensiones:

Enfermero(a): VICTOR GABRIEL CASTAÑEDA JARAMILLO - Documento: 1007567473 - Registro: - Especialidad: Auxiliar de Enfermeria
Fecha Solicitud: 2024-08-08 16:13:55
Esta solicitud no ha sido impresa aún en el servicio farmacéutico.
***Solicitud Despachada por:** ASTRID NAYIBER ECHEVERRY*
***Fecha de Despacho:** 08/08/2024 16:14:27*
Esta orden se encuentra vigente 24 horas después de su notificación

CLÍNICA GENEZEN	**CLINICA GENEZEN** **CLINICA GENEZEN SEDE PUERTO BERRIO** **CARRERA 7 # 48 - 06** **Nit:900438216** **Codigohabilitacion:055791191902**
Paciente	ALAN ISAAC BOJACA CASTRILLON
Identificación	RC - 1039708979
Diagnostico	R11X
Edad	16 meses
Aseguradora	154 - CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024
Atención	110100
Ciudad	Puerto Berrio

Formula Medica

Fecha	Medicamento	Formulacion	Duracion (dias)	Cantidad	Concepto	Recomendaciones
8/08/2024 10:36:27 p. m.	SALES DE REHIDRATACION ORAL. FORMULA OMS POLVO PARA DISOLVER EN UN LITRO DE AGUA	5 SOBRE cada 24 Hora(s) VÍA ORAL	5	25 veinticinco	POS	Diluir en 1 lt de agua y dar a libre demanda]
8/08/2024 10:37:06 p. m.	ENTEROGERMINA ESPORAS DE BACILLUS CLAUSSI X 5ML AMP ORALES	5 ML cada 12 Hora(s) VÍA ORAL	3	6 seis	POS	]
Médico	CC:1102881509 - Nombre:MARIO ALEXANDER ALVAREZ BEDOYA - Especialidad:Medicina General - Registro:					Mario Alvarez Bedoya Médico General C.C. 1102881509 62678079B37D4341A2A43F56855ADF31
Fecha Expedición	09/08/2024					

CLÍNICA GENEZEN	CLINICA GENEZEN CLINICA GENEZEN SEDE PUERTO BERRIO CARRERA 7 # 48 - 06 Nit:900438216 Codigohabilitacion:055791191902		
Paciente	ALAN ISAAC BOJACA CASTRILLON		
Identificación	RC - 1039708979		
Diagnostico	R11X		
Edad	16 meses		
Aseguradora	154 - CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024		
Atención	110100		
Ciudad	Puerto Berrio		
Condición general del paciente al momento del egreso			
Fecha Plan	8/08/2024 10:37:38 p. m.	Estado Egreso	Vivo
Demanda Inducida		Incapacidad	No
Diagnostico Principal	R11X - NAUSEA Y VOMITO		
Diagnostico Relacionado 1			
Diagnostico Relacionado 2			
Diagnostico Relacionado 3			
Recomendaciones			
Medico	CC 1102881509 MARIO ALEXANDER ALVAREZ BEDOYA - Especialidad:Medicina General - Registro:	Mario Alvarez Bedoya Médico General C.C. 1102881509 62678079B37D4341A2A43F56855ADF21	

Certificamos que el documento ha sido firmado digitalmente.

ANEXO TÉCNICO No.2

INFORME DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

Numero Informe	47	**Fecha**	2024-08-08	**Hora**	15:47:35

INFORMACION DEL PRESTADOR

NOMBRE	CLINICA GENEZEN SEDE PUERTO BERRIO		**NIT**	900438216-1	
CODIGO	0		**DIRECCION**	CARRERA 7 # 48 - 06	
TELEFONO	054 6044759680	**DEPARTAMENTO**	Antioquia	**MUNICIPIO**	Puerto Berrio
ENTIDAD A LA QUE SE INFORMA	154 - CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024		**CÓDIGO DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO**		0

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
BOJACA	CASTRILLON	ALAN	ISAAC

Tipo Documento de Identificacion	RC	**Número de documento de Identificación**	1039708979
Fecha de Nacimiento	2023-04-02		
Dirección de la persona	NUEVO MILENIO	**Teléfono de la persona**	3243348415
Dirección alterna para la atención	NUEVO MILENIO		
Departamento	Antioquia	**Municipio de residencia habitual**	Puerto Berrio

INFORMACION DE LA ATENCION

Causa que motiva la atención	Enfermedad General		
Clasificación Triage	4		
Fecha y hora de ingreso de la persona	2024-08-08 14:42	**Vía de ingreso de la persona al servicio de urgencias**	Urgencias

Motivo Consulta

"ESTA VOMITANDO TODO LO QUE COME"

PACIENTE LACTANTE MAYOR MASCULINO DE 1 AÑO DE EDAD QUIEN INGRESA POR CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 3 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DISMINUCION MICCIONAL, CONCOMITANTE CON EPISODIOS EMETICOS DE CONTENIDO ALIMENTARIO EL DIA DE HOY EN NUEMRO DE 5 VECES, MOTIVO POR EL CUAL ES TRAIDO POR SU MADRE JOHANA CASTRILLON

ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLÓGICOS: NIEGA
QUIRÚRGICOS: NIEGA
FARMACOLÓGICOS: NIEGA
TOXICOLÓGICOS: NIEGA
ALÉRGICOS: NIEGA
HOSPITALIZACIONES: NIEGA
INMUNIZACIONES: COMPLETO, NO LO PORTA

Impresion Diagnostica

Diagnostico principal	R11X NAUSEA Y VOMITO
Diagnostico realacionado 1	
Diagnostico realacionado 2	
Diagnostico realacionado 3	
Condición y destino de la persona	OBSERVACION

INFORMACION DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien reporta	LUISA NAYIBER OSORIO TORRES
Telefono de quien reporta	6048333434

CLÍNICA GENEZEN

Urgencias Puerto Berrio CG <urgenciaspuertoberrio@clinicagenezen.com>

ANEXO 2 DE ALAN ISAAC BOJACA CASTRILLON RC 1039708979

5 mensajes

Urgencias Puerto Berrio CG <urgenciaspuertoberrio@clinicagenezen.com> 8 de agosto de 2024, 17:09

Para: DISPENSARIO MEDICO 2 <referencia.esm.baspc14@gmail.com>, DISPENSARIO MEDICO 1 <prioritaria.esm.baspc14@gmail.com>

ENVIO 1

--

SEÑORES EMPRESAS RESPONSABLE DEL PAGO, SE LES INFORMA QUE LOS UNICO CORREO AUTORIZADOS PARA EL TRAMITE DE AUTORIZACIONES: urgenciaspuertoberrio@clinicagenezen.com aut orizacionespuertoberrio@clinicagenezen.com

CUALQUIER OTRO CORREO NO ES AUTORIZADO POR PARTES DE LA CLÍNICA GENEZEN Y LA NOTIFICACION REALIZADA A OTRA CUENTA NO SE ACEPTARÁ COMO RADICADO. ESTAREMOS ATENTOS A SUS SUGERENCIAS. GRACIAS.

Departamento de facturación

Clínica Genezen

SEDE PUERTO BERRIO.

CLÍNICA GENEZEN

2 adjuntos

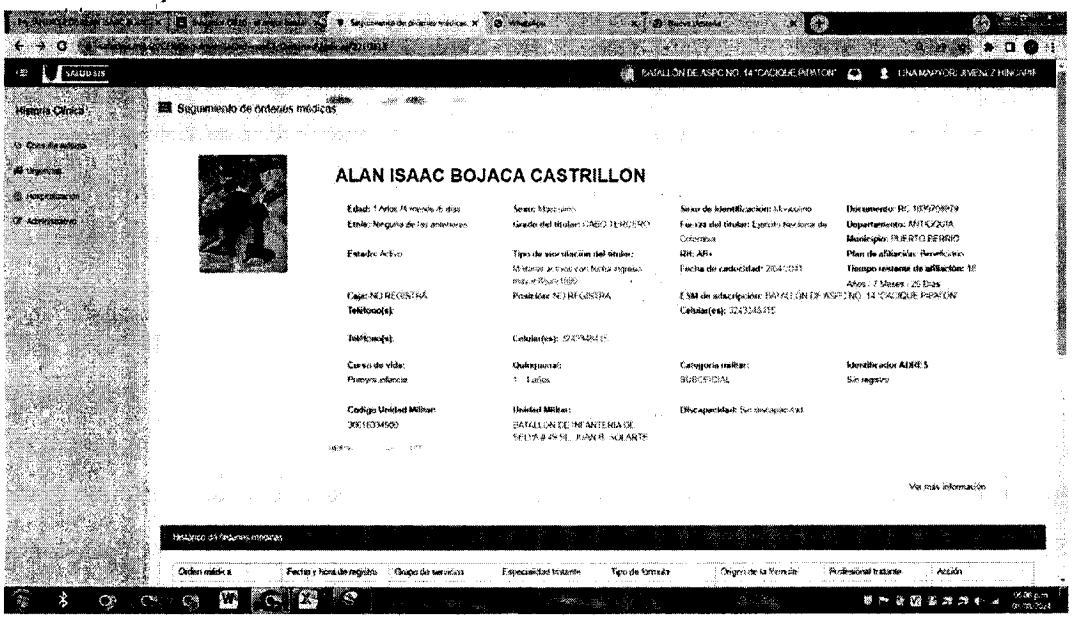
2 ALAN.pdf
6K

HC ALAN.pdf
97K

PRIORITARIA ESM BASPC14 <prioritaria.esm.baspc14@gmail.com> 8 de agosto de 2024, 18:09

Para: Urgencias Puerto Berrio CG <urgenciaspuertoberrio@clinicagenezen.com>

Reciba un cordial saludo de parte del Establecimiento de Sanidad militar del Batallón de Apoyo y Servicio para el Combate N° 14 "Cacique Pipaton", en atención a su consulta nos permitimos informar que el paciente se encuentra activo en nuestro sistema, según verificación a fecha y hora



ATT:
Enfermero de Servicio ESM BASPC 14
[El texto citado está oculto]

Urgencias Puerto Berrio CG <urgenciaspuertoberrio@clinicagenezen.com> 8 de agosto de 2024, 18:15
Para: DISPENSARIO MEDICO 2 <referencia.esm.baspc14@gmail.com>, DISPENSARIO MEDICO 1 <prioritaria.esm.baspc14@gmail.com>

ENVIO 2
[El texto citado está oculto]

---

2 adjuntos

2 ALAN.pdf
6K

HC ALAN.pdf
97K

Urgencias Puerto Berrio CG <urgenciaspuertoberrio@clinicagenezen.com> 8 de agosto de 2024, 18:17
Para: DISPENSARIO MEDICO 2 <referencia.esm.baspc14@gmail.com>, DISPENSARIO MEDICO 1 <prioritaria.esm.baspc14@gmail.com>

ENVIO 3

---------- Forwarded message ---------
De: **Urgencias Puerto Berrio CG** <urgenciaspuertoberrio@clinicagenezen.com>
Date: jue, 8 ago 2024 a las 17:09
Subject: ANEXO 2 DE ALAN ISAAC BOJACA CASTRILLON RC 1039708979
To: DISPENSARIO MEDICO 2 <referencia.esm.baspc14@gmail.com>, DISPENSARIO MEDICO 1 <prioritaria.esm.baspc14@gmail.com>

[El texto citado está oculto]

---

2 adjuntos

2 ALAN.pdf
6K

HC ALAN.pdf
97K

Urgencias Puerto Berrio CG <urgenciaspuertoberrio@clinicagenezen.com> 8 de agosto de 2024, 19:49

Para: DISPENSARIO MEDICO 2 <referencia.esm.baspc14@gmail.com>, DISPENSARIO MEDICO 1 <prioritaria.esm.baspc14@gmail.com>, CRUE ANTIOQUIA <siscrueantioquia@antioquia.gov.co>, SECRETARIA SALUD PTO BERRIO <salud@puertoberrio-antioquia.gov.co>

ENVIO 4

---------- Forwarded message ---------
De: **Urgencias Puerto Berrio CG** <urgenciaspuertoberrio@clinicagenezen.com>
Date: jue, 8 ago 2024 a las 17:09
Subject: ANEXO 2 DE ALAN ISAAC BOJACA CASTRILLON RC 1039708979
To: DISPENSARIO MEDICO 2 <referencia.esm.baspc14@gmail.com>, DISPENSARIO MEDICO 1 <prioritaria.esm.baspc14@gmail.com>

[El texto citado está oculto]

---

2 adjuntos

2 ALAN.pdf
6K

HC ALAN.pdf
97K

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.039.708.979

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61538348

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 3 T

País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE PUERTO BERRIO - COLOMBIA - ANTIOQUIA - PUERTO BERRI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BOJACA	CASTRILLON

Nombre(s)

ALAN ISAAC

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes ABR Día 02	MASCULINO	AB	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)

COLOMBIA ANTIOQUIA PUERTO BERRIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO	

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

CASTRILLON RIOS JOHANA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.318.010	COLOMBIA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

BOJACA CARDENAS RAFAEL ESTEBAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.421.078	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BOJACA CARDENAS RAFAEL ESTEBAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.007.421.078	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes MAY Día 23	LEIDY PAOLA LOPEZ CASTRO (E) - Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

CLÍNICA GENEZEN

CLINICA GENEZEN SEDE PUERTO BERRIO

Registro Único de Admisión

Paciente :	ALAN ISAAC BOJACA CASTRILLON	**Identificación:**	RC 1039708979	**Admisión No. :**	110100
Fecha Ingreso:	8/08/2024 2:42:37 p. m.	**Edad:**	1 Años		

DATOS DEL USUARIO

Fecha de Nacimiento:02/04/2023

Estado Civil: Soltero

Género: Masculino

Tipo de Afiliación: Otro

Ocupación: S - SIN OCUPACION

Tipo de Vinculación:

Departamento: Antioquia

Municipio: Puerto Berrio

Zona de Residencia: Urbana

Barrio:05001188 - Puerto Berrio

Dirección Domicilio: NUEVO MILENIO

Teléfono Domicilio: 3243348415 Correo electrónico:

Teléfono Celular:3243348415

Responsable: ON NO

Parentesco Responsable: NO

Teléfono Responsable: ON

DATOS BÁSICOS DE LA ATENCIÓN

Modalidad de Servicio: Urgencias

Causa Externa: Enfermedad General

IDENTIFICACIÓN DE LA ASEGURADORA

Razón Social: DISPENSARIO MEDICO MEDELLIN

No. Identificación (NIT): 901541037-1

Contrato ERP: 154

Descripción: CONTRATO DISPENSARIO MEDICO EVENTO PB 2024

Número de Autorización:

OBSERVACIONES

URGENC

Autorización fotocopia de Historia Clínica

Con la presente en calidad de beneficiario, autorizo a esta institución o médico tratante a entregar directamente a la empresa responsable la información médica necesaria a través de copia de la Historia Clínica, resúmenes o informes ampliados o segundas opiniones con fines de auditoría médica y/o cuentas.
De igual forma manifiesto que acepto las normas propias de la Institución.

_____

Firma del paciente o responsable
Documento del paciente:
Documento del responsable: