CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

# CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 520010029205
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1COP 19977
Fecha de Expedición: 06/09/2024 10:58:26 AM
Fecha de Vencimiento: 06/10/2024
Fecha de Generación: 06/09/2024 10:58:25 AM

**ENTIDAD:** DISPENSARIO MEDICO DE CALI
**NIT:** 901541188 - 5 **CONTRATO:** BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 **PÓLIZA:**
**DIRECCIÓN:** CARRERA 7 NO. 52 - 48 DISAN **TELÉFONOS:** 4261434

**PACIENTE:** AUX JARAMILLO NANCI YOLANDA
**EDAD:** 58 Años
**TIPO DE USUARIO:** Especiales o de excepción cotizante
**MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** 12
**COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** 13
**DIRECCIÓN:** IPIALES

**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** CC
**IDENTIFICACIÓN:** 37002570
**NIVEL:** N/A
**MIPRES:**
**ID ENTREGA MIPRES:**
**PROCEDENCIA:** IPIALES

**FECHA FACTURA:** 06/09/2024 10:58:25 AM
**AUTORIZACIÓN:** 2788743
**DIAGNÓSTICO:** H520

**FECHA INICIO FACTURACIÓN:** 2024-09-06
**FECHA FINAL FACTURACIÓN:** 2024-09-06
**PROFESIONAL:** LEIDY YOJHANA MONCAYO

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890207 | 94 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA | 1 | 28,000.00 | 0.00 | 0.00 | 28,000.00 |

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido **TOTAL GRAVADO:** **TOTAL IVA**

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 28,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **COPAGO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 28,000.00 |

**SON:** VEINTIOCHO MIL PESOS M/CTE

Jaramillo Nanci Yolanda
Paciente y/o acudiente

Elaboró: Jairo Fernando Lopez Mirama

RES DIAN No. 18764066059248 DE 2024-02-23 HASTA 2025-02-23 No 1COP 1 A 1COP 100000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE CRYSTAL IT SERVICE SAS NIT 901632449-3

336fc2d09882f6c6577f1e1f25f20be05222935001f38eb4da6ab829520ef17d5b2ce69e46b85819b263cf1362a9c61f

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software: factu-ele

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

# CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 520010029205
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

## FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

**No.** 1COP 19977
Fecha de Expedición: 06/09/2024 10:58:26 AM
Fecha de Vencimiento: 06/10/2024
Fecha de Generación: 06/09/2024 10:58:25 AM

**ENTIDAD:** DISPENSARIO MEDICO DE CALI
**NIT:** 901541188 - 5 **CONTRATO:** BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 **PÓLIZA:**
**DIRECCIÓN:** CARRERA 7 NO. 52 - 48 DISAN **TELÉFONOS:** 4261434

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | AUX JARAMILLO NANCI YOLANDA | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | CC |
| **EDAD:** | 58 Años | **IDENTIFICACIÓN:** | 37002570 |
| **TIPO DE USUARIO:** | Especiales o de excepción cotizante | **NIVEL:** | N/A |
| **MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:** | 12 | **MIPRES:** | |
| **COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:** | 13 | **ID ENTREGA MIPRES:** | |
| **DIRECCIÓN:** | IPIALES | **PROCEDENCIA:** | IPIALES |
| **FECHA FACTURA:** | 06/09/2024 10:58:25 AM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2024-09-06 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 2788743 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2024-09-06 |
| **DIAGNÓSTICO:** | H520 | **PROFESIONAL:** | LEIDY YOJHANA MONCAYO |

| CÓDIGO | UND. MEDIDA | DESCRIPCIÓN | CANT | VR UND | DESC | %IVA | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 890207 | 94 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA | 1 | 28,000.00 | 0.00 | 0.00 | 28,000.00 |

**TOTAL ÍTEMS:** 1
**PLAZO:** 30 Días
**CUOTA MODERADORA:** 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00
**FORMA DE PAGO:** A CREDITO **MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido **TOTAL GRAVADO:** **TOTAL IVA**

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL GENERAL:** | 28,000.00 |
| **TOTAL DESCUENTO:** | 0.00 |
| **COPAGO:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 28,000.00 |

**SON:** VEINTIOCHO MIL PESOS M/CTE

Paciente y/o acudiente

Elaboró: Jairo Fernando Lopez Mirama

RES DIAN No. 18764066059248 DE 2024-02-23 HASTA 2025-02-23 No 1COP 1 A 1COP 100000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE CRYSTAL IT SERVICE SAS NIT 901632449-3

336fc2d09882f6c6577f1e1f25f20be05222935001f38eb4da6ab829520ef17d5b2ce69e46b85819b263cf1362a9c61f

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT: 860.028.580-2 Software: fact-e|c®

Fecha generación: 06/08/2024 16:08:25

# AUTORIZACIONES

**NÚMERO DE SOLICITUD:** SSERV-2024-08-1501428 **FECHA SOLICITUD:** 8/6/24 4:08 PM

## DATOS DEL PACIENTE

**NOMBRE DEL PACIENTE:** NANCI YOLANDA AUX JARAMILLO
**MUNICIPIO:** IPIALES
**NOMBRE ENTIDAD:** GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ
**COBERTURA EN SALUD:** No registra
**GRADO:** SV
**REGIONAL:** SUR OCCIDENTE

**DOCUMENTO:** 37002570
**DEPARTAMENTO:** NARIÑO
**CODIGO ESM O UPGD:** 523568300880
**ESTADO:** Activo
**FUERZA:** EJC

## INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

**PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR:** ANGELA YESENIA LOPEZ QUENGUA
**ESPECIALIDAD QUE REMITE:** RIAS por Medicina General (CE) - SSFM
**ACEPTACIÓN:** No registra

**ORIGEN:** Enfermedad general

## DIAGNÓSTICOS

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | TIPO DIAGNÓSTICO |
|---|---|---|
| H438 | OTROS TRASTORNOS DEL CUERPO VITREO | Impresión Diagnóstica |
| H041 | OTROS TRASTORNOS DE LA GLANDULA LAGRIMAL | Relacionado |
| H250 | CATARATA SENIL INCIPIENTE | Relacionado |

## ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

**EPS/IPS DESTINO:** CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS
**NÚMERO DE CONTRATO:** 198- DIGSA/DMCAL-2024
**DIRECCIÓN:** KR 42 # 18A - 56 OFICINA 505 Pasto - Nariño
**DEPARTAMENTO:** NARIÑO

**CODIGO ESM O UPGD:** 5200100292-01
**TELÉFONO:** 3002053112
**MUNICIPIO:** PASTO

## SERVICIOS AUTORIZADOS

| NÚMERO DE AUTORIZACIÓN | DESCRIPCIÓN CUPS | CÓDIGO | ESPECIALIDAD | CANTIDAD | ESTADO | PRÓXIMA VALORACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AUT-2024-08-2788741 | ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B | 951302 | Oftalmologia (CE) - SSFM | 2 | Autorizado | No aplica |

OBSERVACIÓN: SE AUTORIZA SEGÚN HISTORIA CLÍNICA, ORDEN MÉDICA Y CRITERIO MÉDICO, SUJETO A AUDITORIA MÉDICA - AUTORIZA: AUDITOR EJÉRCITO –GMCAB. - QUE REQUIERE CONTINUAR SU MANEJO PARA IMPACTAR EN SU SALUD Y DISMINUIR SU MORBIMORTALIDAD – CON ORDEN Y V°B° DE DIRECCION DE GMCAB ST. LOSADA SOTTO JHOJAN STEVEN //- DE ACUERDO A PERTINENCIA Y PREVIA VALIDACIÓN DE DERECHOS DE USUARIO
OBSERVACIÓN SOLICITUD: SE REALIZA GESTION ORDEN MEDICA DE FECHA 03/08/2024 CUPS 951302 ECOGRAFÍA OCULAR MODO A Y B- AMBOS OJOS SOLICITADO POR DR --SANDRA ARTEAGA - CON ESPECIALIDAD EN -Oftalmologia - PACIENTE ADSCRITO A GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" – EJC
FECHA DE VENCIMIENTO: 06/08/2025

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AUT-2024-08-2788742 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA | 890376 | Oftalmologia (CE) - SSFM | 1 | Autorizado | No aplica |

OBSERVACIÓN: SE AUTORIZA SEGÚN HISTORIA CLÍNICA, ORDEN MÉDICA Y CRITERIO MÉDICO, SUJETO A AUDITORIA MÉDICA - AUTORIZA: AUDITOR EJÉRCITO –GMCAB. - QUE REQUIERE CONTINUAR SU MANEJO PARA IMPACTAR EN SU SALUD Y DISMINUIR SU MORBIMORTALIDAD – CON ORDEN Y V°B° DE DIRECCION DE GMCAB ST. LOSADA SOTTO JHOJAN STEVEN //- DE ACUERDO A PERTINENCIA Y PREVIA VALIDACIÓN DE DERECHOS DE USUARIO
OBSERVACIÓN SOLICITUD: SE REALIZA GESTION ORDEN MEDICA DE FECHA 03/08/2024 CUPS 890376 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA SOLICITADO POR DR --SANDRA ARTEAGA - CON ESPECIALIDAD EN -Oftalmologia - PACIENTE ADSCRITO A GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" – EJC
FECHA DE VENCIMIENTO: 06/08/2025

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AUT-2024-08-2788743 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA | 890207 | Optometria (CE) - SSFM | 1 | Autorizado | No aplica |

OBSERVACIÓN: SE AUTORIZA SEGÚN HISTORIA CLÍNICA, ORDEN MÉDICA Y CRITERIO MÉDICO, SUJETO A AUDITORIA MÉDICA - AUTORIZA: AUDITOR EJÉRCITO –GMCAB. - QUE REQUIERE CONTINUAR SU MANEJO PARA IMPACTAR EN SU SALUD Y DISMINUIR SU MORBIMORTALIDAD – CON ORDEN Y V°B° DE DIRECCION DE GMCAB ST. LOSADA SOTTO JHOJAN STEVEN //- DE ACUERDO A PERTINENCIA Y PREVIA VALIDACIÓN DE DERECHOS DE USUARIO
OBSERVACIÓN SOLICITUD: SE REALIZA GESTION ORDEN MEDICA DE FECHA 03/08/2024 CUPS 890207 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA SOLICITADO POR DR --SANDRA ARTEAGA - CON ESPECIALIDAD EN -Oftalmologia - PACIENTE ADSCRITO A GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" – EJC
FECHA DE VENCIMIENTO: 06/08/2025

X Jaramillo Nacy yolanda

Fecha generación: 06/08/2024 16:08:26

**AUTORIZADA POR:**

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
1085897168

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES

# CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201

CARRERA 40A # 19B - 15, AV. PANAMERICANA, PASTO - NARIÑO PASTO - NARIÑO

3009126583

## CONSULTAS/EXAMEN/PROCEDIMIENTO No. 43138 Fecha 2024-08-03

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | NANCI YOLANDA AUX JARAMILLO | **DOC. ID:** | CC37002570 | **FECHA NAC:** | 11/05/1966 |
| **EDAD:** | 58 años 2 meses 23 días | **SEXO:** | Femenino | **CIUDAD:** | IPIALES |
| **BARRIO:** | | **DIRECCIÓN:** | IPIALES | | |
| **TELÉFONO:** | 3176793351 - 3163992843 | **OCUPACIÓN:** | Desempleado | | |
| **TIPO AFIL:** | COTIZANTE **RÉGIMEN:** ESPECIAL | **PROFESIONAL:** | SANDRA ARTEAGA | | |
| **EPS:** | DISPENSARIO MEDICO DE CALI | | | | |
| **PLAN CONTR:** | BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 DIGSA/DMCAL-2024 | | | | |
| **ACUDIENTE:** | | **PARENTESCO:** | CABEZA DE FAMILIA | **TELÉF. ACUD:** | |
| **DIAGNÓSTICO:** | H438 - OTROS TRASTORNOS DEL CUERPO VITREO, Sitio: Bilateral | | | | |

**PROCEDIMIENTOS**

| CÓDIGO | NOMBRE | SITIO | CANTIDAD | INDICACIÓN | CIE10 REL | FECHA/HORA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 951302 | ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B BILATERAL | Bilateral | 2 | AMBOS OJOS. | H438 | 03/08/2024 10:26 |
| 890207 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA | NoAplica | 1 | | H041 | 03/08/2024 10:26 |
| 890376 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA | NoAplica | 1 | CONTROL CON RESULTADOS | H250 | 03/08/2024 10:26 |

Sandra Arteaga

**SANDRA ARTEAGA**
**OFTALMOLOGO**
**Registro No.: 2408/95**


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 37.002.570
AUX JARAMILLO
APELLIDOS
NANCI YOLANDA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 11-MAY-1966
IPIALES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1,52
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
30-SEP-1986 IPIALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2306700-00158803-F-0037002570-20090608 0012277392A 1 9926034448

# CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201
CARRERA 40A # 19B - 15, AV. PANAMERICANA, PASTO - NARIÑO PASTO - NARIÑO
3009126583

## EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. Admisión:** | 45542 | **Fecha Admisión:** | 06/09/2024 09:36 AM | **No. Folio:** | 53875 | **Fecha Folio:** | 06/09/2024 09:59 AM |
| **Sede:** | SEDE IPIALES | | | **Dirección:** | CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO | **Teléfono:** | 7332029 |

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | NANCI YOLANDA AUX JARAMILLO | **DOC. ID:** | CC37002570 | **FECHA NAC:** | 11/05/1966 |
| **EDAD:** | 58 años 3 meses 26 días | **SEXO:** | Femenino | **CIUDAD:** | IPIALES |
| **BARRIO:** | | **DIRECCIÓN:** | IPIALES | | |
| **TELÉFONO:** | 3176793351 - 3163992843 | **OCUPACIÓN:** | Desempleado | | |
| **TIPO AFIL:** | COTIZANTE **RÉGIMEN:** ESPECIAL | **PROFESIONAL:** | LEIDY YOJHANA MONCAYO ENRIQUEZ | | |
| **EPS:** | DISPENSARIO MEDICO DE CALI | | | | |
| **PLAN CONTR:** | BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (PASTO) - 197 DIGSA/DMCAL-2024 | | | | |
| **ACUDIENTE:** | | **PARENTESCO:** | CABEZA DE FAMILIA | **TELÉF. ACUD:** | |

### MOTIVO DE CONSULTA

EL PACIENTE ASISTE AL CONSULTORIO CUMPLIENDO LAS MEDIDAS GENERALES ADOPTADAS POR LAS AUTORIDADES DE SALUD PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CONTAGIO (PREVIAS MEDIDAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA, USO DE TAPABOCAS, HIGIENIZACIÓN DE MANOS)

### ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE USUARIA DE RX OPTICA, REMITIDO POR OFTALMOLOGIA REFIERE VISION BORROSA DE LEJOS Y CERCA AMBOS OJOS

USO DE GAFAS: ULTIMA CORRECION HACE 3 AÑOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Finalidad** | No Aplica | | | | | | |
| **Modalidad Consulta** | PRESENCIAL | | | | | | |
| **Sintomático piel** | NO | **Sintomático Respiratorio** | NO | **Sintomático Febril** | NO | **Sintomático Sistema Nervio Periferico** | NO |

## ANTECEDENTES

| | |
|---|---|
| **Antecedentes COP:** NO | **Observaciones:** NA |
| **Oculares:** NO | **Observaciones:** NA |
| **Ocupación:** SI | **Observaciones:** AMA DE CASA |
| **Farmacológicos:** SI | **Observaciones:** LOSARTAN |
| **Quirúrgicos:** NO | **Observaciones:** NA |
| **Alérgicos:** NO | **Observaciones:** NA |
| **Familiares:** SI | **Observaciones:** HIPERTENSION - MADRE |
| **Patológicos:** SI | **Observaciones:** HIPERTENSION |
| **Otros:** NO | **Observaciones:** NA |

## Examen Optometria -Primera Vez

### AGUDEZA VISUAL Sin Corrección

| | |
|---|---|
| **OJO DERECHO:** | **OJO IZQUIERDO:** |
| **Visión Lejana:** 20/25 | **Visión Lejana:** 20/20 |
| **Visión Lejana observacion:** NA | **Visión Lejana observacion:** NA |
| **Visión próxima:** 20/200 | **Visión próxima:** 20/200 |
| **Visión próxima observacion:** NA | **Visión próxima observacion:** NA |
| **Pinhole:** NA | **Pinhole:** NA |

### LENSOMETRIA

| | |
|---|---|
| **OJO DERECHO:** | **OJO IZQUIERDO:** |
| **valor:** +2.25 -0.25 *147 | **valor:** +2.25 |



*Paciente acepta términos y condiciones para el tratamiento de datos personales, dando cumplimiento al decreto 1377 ley 1581 de 2012.*

## EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ

| | |
|---|---|
| **adicion:** NA | **adicion:** NA |
| **Observaciones:** MONOFOCALESLENTES RAYADOS MONTURAS EN REGULAR ESTADO | |

### AUTOREFRACCIÓN

| OJO DERECHO: | OJO IZQUIERDO: |
|---|---|
| **Esférico:** +0.75 | **Esférico:** N |
| **cilindro:** -0.50 | **cilindro:** -0.50 |
| **Eje:** 96 | **Eje:** 98 |
| **Agudeza visual binocular:** 20/20 | |
| **Adición:** +2.50 | |
| **Distancia Pupilar:** 31/32 | |

### QUERATOMETRIA

| OJO DERECHO: | OJO IZQUIERDO: |
|---|---|
| **K1:** 45.07 | **K1:** 45.43 |
| **K2:** 45.45 | **K2:** 46.19 |
| **Eje:** 39 | **Eje:** 154 |

### REFLEJOS PUPILARES

**Observación:** NORMOREACTIVAS

### COVER TEST

VL: ORTHO

VP: ORTHO

### PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

**Real:** -

**Luz:** -

**FR:** -

### MOVIMIENTOS OCULARES

**Observación :** NORMALES

### DUCCIONES

| OJO DERECHO: | OJO IZQUIERDO: |
|---|---|
| **Ducción:** NORMALES | **Ducción:** NORMALES |

### VERSIONES

**Observación:** NORMALES

### REFRACCION

| OJO DERECHO: | OJO IZQUIERDO: |
|---|---|
| **Esferico:** +0.75 | **Esferico:** N |
| **Cilindro:** -0.50 | **Cilindro:** -0.50 |
| **Eje:** 90 | **Eje:** 90 |

### RX FINAL

| OJO DERECHO: | OJO IZQUIERDO: |
|---|---|
| **Esfera:** N | **Esfera:** N |
| **Cilindro:** NA | **Cilindro:** NA |
| **Eje:** NA | **Eje:** NA |



*Paciente acepta términos y condiciones para el tratamiento de datos personales, dando cumplimiento al decreto 1377 ley 1581 de 2012.*

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S
NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201
CARRERA 40A # 19B - 15, AV. PANAMERICANA, PASTO - NARIÑO PASTO - NARIÑO
3009126583

## EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ

| | |
|---|---|
| **Agudeza Visual Lejana:** 20/20 | **Agudeza Visual Lejana:** 20/20 |
| **Agudeza Visual Próxima:** 20/20 | **Agudeza Visual Próxima:** 20/20 |
| **Adición:** +2.50 | |
| **Observaciones:** CERCA.OD:+2.50 OI:+2.50 | |

### BIOMICROSCOPIA

| OJO DERECHO: | OJO IZQUIERDO: |
|---|---|
| **Párpados:** QUISTES DE MEIBOMIO | **Párpados:** QUISTES DE MEIBOMIO |
| **Aparato lagrimal /BUT:** PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE | **Aparato lagrimal /BUT:** PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE |
| **Conjuntiva:** PINGUECULA | **Conjuntiva:** PINGUECULA |
| **Cornea:** CENTRAL CLARA | **Cornea:** CENTRAL CLARA |
| **Esclerotica:** NORMAL | **Esclerotica:** NORMAL |
| **Camara Anterior:** FORMADA, NO CELULARIDAD | **Camara Anterior:** FORMADA, NO CELULARIDAD |
| **Iris:** REACTIVA | **Iris:** REACTIVA |
| **Cristalino:** N1 | **Cristalino:** N1 |
| **Schimmer:** NA | **Schimmer:** NA |

### FONDO DE OJO

| OJO DERECHO: | OJO IZQUIERDO: |
|---|---|
| **Vitreo:** CLARO | **Vitreo:** CLARO |
| **Papila (Nervio Óptico):** DISCO ÓPTICO DE TAMAÑO PROMEDIO, ROSADO, EXCAVACIÓN 0.2 | **Papila (Nervio Óptico):** DISCO ÓPTICO DE TAMAÑO PROMEDIO, ROSADO, EXCAVACIÓN 0.2 |
| **Macula:** NA | **Macula:** NA |
| **Vasos:** NORMAL | **Vasos:** NORMAL |
| **Retina:** APLICADA | **Retina:** APLICADA |

### FÓRMULA OFTÁLMICA

| |
|---|
| **Especificaciones del lente:** BIFOCAL |
| **Filtro:** AR |
| **uso:** OCASIONAL |
| **control:** 11 MESES |

## DIAGNÓSTICOS

| CIE10 | NOMBRE | SITIO | TIPO | CLASE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| H520 | HIPERMETROPIA | Bilateral | Impresión diagnostica | Principal | |
| H524 | PRESBICIA | Bilateral | Impresión diagnostica | Relacionado | |
| H250 | CATARATA SENIL INCIPIENTE | Bilateral | Impresión diagnostica | Relacionado | |

## ANÁLISIS Y PLAN

ANALISIS

ENVÍO FÓRMULA ÓPTICA DE USO OCASIONAL PACIENTE SOLICITA LENTES CON VISION LEJANA Y PROXIMA POR LO QUE RECOMIENDO LENTE BIFOCAL ,EXPLICÓ QUE PUEDE SENTIR MOLESTIAS COMO MAREO MIENTRAS SE ACOSTUMBRA A MANEJAR EL TIPO DE LENTE YA QUE CONTIENE DOS VISIONES Y LA FÓRMULA VARÍA DE UNA DISTANCIA A OTRA, PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTARECOMIENDO MANEJAR DISTANCIAS, NO FROTE OCULAR CON EL FIN DE PREVENIR EFECTOS MECÁNICOS EN LA CÓRNEA QUE ALTERAN LA REFRACCIÓN, TOMAR PAUSAS ACTIVAS PERIÓDICAS DURANTE ACTIVIDADES EN VISIÓN PRÓXIMA, BUENA LUMINOSIDAD EN ENTORNO DE TRABAJO.



*Paciente acepta términos y condiciones para el tratamiento de datos personales, dando cumplimiento al decreto 1377 ley 1581 de 2012.*

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S
NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201
CARRERA 40A # 19B - 15, AV. PANAMERICANA, PASTO - NARIÑO PASTO - NARIÑO
3009126583

## EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ

## ANÁLISIS Y PLAN

PLAN:
1/ ADAPTACION DE LENTES : BIFOCAL AR
2/ Se resuelven todas las dudas acerca del tratamiento, paciente reporta entender toda la información brindada.
CONTROL: 11 MESES

C.C. No. 1085335197
OPTOMETRA
PUAA

LEIDY YOJHANA MONCAYO ENRIQUEZ
OPTOMETRA
Registro No.: 1085335197


*Paciente acepta términos y condiciones para el tratamiento de datos personales, dando cumplimiento al decreto 1377 ley 1581 de 2012.*