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 20655
Fecha de Expedición: 12/09/2024 2:24:09 PM
Fecha de Vencimiento: 12/10/2024
Fecha de Generación: 12/09/2024 2:24:08 PM

**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:** | AVILA RODRIGUEZ CRISTIAN ANDRES | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | TI |
| **EDAD:** | 16 Años | **IDENTIFICACIÓN:** | 1057185270 |
| **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:** | 12/09/2024 2:24:08 PM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2024-09-12 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 3089489 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2024-09-12 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **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

cbcb268bb5ee590a89e6b73ffd8be7d95b3437e985b479a8f55146be09ff6e14ce5305869e1c91091fff6c3469f0b299

Proveedor Tecnológico dispapeles S.A.S. NIT. 860.028.580-2 Software fact-elec

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 20655
Fecha de Expedición: 12/09/2024 2:24:09 PM
Fecha de Vencimiento: 12/10/2024
Fecha de Generación: 12/09/2024 2:24:08 PM

**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:** | AVILA RODRIGUEZ CRISTIAN ANDRES | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** | TI |
| **EDAD:** | 16 Años | **IDENTIFICACIÓN:** | 1057185270 |
| **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:** | 12/09/2024 2:24:08 PM | **FECHA INICIO FACTURACIÓN:** | 2024-09-12 |
| **AUTORIZACIÓN:** | 3089489 | **FECHA FINAL FACTURACIÓN:** | 2024-09-12 |
| **DIAGNÓSTICO:** | | **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

cbcb268bb5ee590a89e6b73ffd8be7d95b3437e985b479a8f55146be09ff6e14ce5305869e1c91091fff6c3469f0b299

Proveedor Tecnológico dispapeles S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software: fact-elec

Fecha generación: 28/08/2024 16:42:33

# AUTORIZACIONES

**NÚMERO DE SOLICITUD:** REF-2024-08-453156 **FECHA SOLICITUD:** 8/28/24 4:42 PM

## DATOS DEL PACIENTE

**NOMBRE DEL PACIENTE:** CRISTIAN ANDRES AVILA RODRIGUEZ
**DOCUMENTO:** 1057185270
**MUNICIPIO:** IPIALES
**DEPARTAMENTO:** NARIÑO
**NOMBRE ENTIDAD:** GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ
**CODIGO ESM O UPGD:** 523568300880
**COBERTURA EN SALUD:** No registra
**ESTADO:** Activo
**GRADO:** SP
**FUERZA:** EJC
**REGIONAL:** SUR OCCIDENTE

## INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

**PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR:** ANGELA YESENIA LOPEZ QUENGUA
**ORIGEN:** Enfermedad general
**ESPECIALIDAD QUE REMITE:** Medicina General - SSFM
**ACEPTACIÓN:** No registra

## DIAGNÓSTICOS

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | TIPO DIAGNÓSTICO |
|---|---|---|
| H526 | OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION | Impresión Diagnóstica |

## ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

**EPS/IPS DESTINO:** CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS
**CODIGO ESM O UPGD:** 5200100292-01
**NÚMERO DE CONTRATO:** .198 DIGSA/DMCAL-2024
**DIRECCIÓN:** KR 42 # 18A - 56 OFICINA 505 Pasto - Nariño
**TELÉFONO:** 3002053112
**DEPARTAMENTO:** NARIÑO
**MUNICIPIO:** PASTO

## SERVICIOS AUTORIZADOS

| NÚMERO DE AUTORIZACIÓN | DESCRIPCIÓN CUPS | CÓDIGO | ESPECIALIDAD | CANTIDAD | ESTADO | PRÓXIMA VALORACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| AUT-2024-08-3089489 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA | 890207 | Optometria (CE) - SSFM | 1 | Autorizado | 1 Mes |

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 SOLICITA VALORACION POR OPTOMETRIA PARA POSIBLE ADAPTACION DE FORMULA DE LENTES.

FECHA DE VENCIMIENTO: 28/08/2025

**AUTORIZADA POR:**

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
1085897168

Orfa Marina Rodriguez Yepez

Fecha generación: 28/08/2024 16:40:02

**AUTORIZADA POR:**

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
1085897168

Fecha y hora de generación: 27/08/2024 11:18:06

# FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

**NÚMERO DE SOLICITUD** REF-2024-08-453156 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 8/27/24 11:18 AM

## DATOS DEL PACIENTE

**NOMBRE DEL PACIENTE:** CRISTIAN ANDRES AVILA RODRIGUEZ
**TIPO DE DOCUMENTO:** TI
**DIRECCIÓN:** KR 6 17 51
**CORREO ELECTRÓNICO:**
**MUNICIPIO:** IPIALES
**REGIONAL:** SUR OCCIDENTE
**GRADO:** SP
**ENTIDAD ADSCRITA:** GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" - EJC
**ÁMBITO:** Ambulatorio

**FECHA DE NACIMIENTO:** 11/11/2007
**NÚMERO DE DOCUMENTO:** 1057185270
**CELULAR O TELÉFONO:**
**DEPARTAMENTO:** NARIÑO
**CÓDIGO ESM O UPGD:** 523568300880
**ESTADO:** Activo
**FUERZA:** EJC

## SERVICIOS AUTORIZADOS

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN CUPS | ESPECIALIDAD | CANTIDAD |
|---|---|---|---|
| 890207 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA | Optometria (CE) - SSFM | 1 |

## OBSERVACIÓN

SE SOLICITA VALORACION POR OPTOMETRIA PARA POSIBLE ADAPTACION DE FORMULA DE LENTES.

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

| TIPO | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|
| Impresión Diagnóstica | H526 | OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION |

## INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

### ANAMNESIS

" TENGO LA VISION BORROSA "

### HALLAZGO

PREVIA VALORACION DEL PACIENTE SE REALIZA HIGIENIZACION DE MANOS, CUMPLIENDO A CABALIDAD TODAS LAS RECOMENDACIONES UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD INCLUYENDO EL USO DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN (EPP) PARA LA ATENCIÓN, PREVENCIÓN.
PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD EN EL MOMENTO REIFERE CUADRO CLINICO CONSISTENTE EN DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL LEJANA QUE SE ACOMPAÑA DE CANSANCIO VISUAL Y VERTIGO. POR LO CUAL CONSULTA ANTERIORMENTE DONDE ORDENAN PARACLINICOS REALIZADOS EN ANALISIS EL DIA 09/08/2024: COLESTEROL TOTAL: 207, HDL: 65%, LDL: 122.1, TRIGLICERIDOS: 99.4 NORMAL, IA: 3.2 CON LIGERA ELEVACION DEL COLESTEROL TOTAL, SIN OTRA SINTOMATOLOGIA.

### EXAMENES FISICOS

Abdomen:No evaluado, Cabeza y cráneo:No evaluado, Cuello:No evaluado, Examen genitourinario:No evaluado, Examen mental:No evaluado, Examen neurológico:No evaluado, Examen otorrinolaringológico:No evaluado, Extremidades:No evaluado, Mamas:No evaluado, Nariz:No evaluado, Orofaringe:No evaluado, Oídos:No evaluado, Piel y faneras:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado, Tórax:No evaluado, Condiciones generales:HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, Ojos:AGUDEZA VISUAL: LEJANA OD: 20/30; OI: 20/30 CON PRESENCIA DE VISION BORROSA DURANTE EL EXAMEN.

### PRUEBAS DIAGNOSTICAS

No Registra

### TRATAMIENTOS_INSTAURADOS

SE SOLICITA VALORACION POR OPTOMETRIA PARA POSIBLE ADAPTACION DE FORMULA DE LENTES.

### DIAGNÓSTICOS

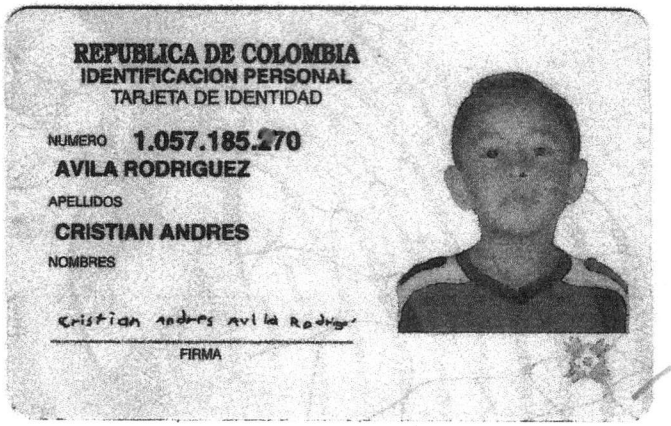
No Registra

## INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

**NOMBRE DEL QUE SOLICITA:** ANGELA YESENIA LOPEZ QUENGUA
**TELÉFONO O CELULAR:** 3104017948

**CARGO O ACTIVIDAD:** Asistencial
**SERVICIO QUE SOLICITA:** Medicina General - SSFM

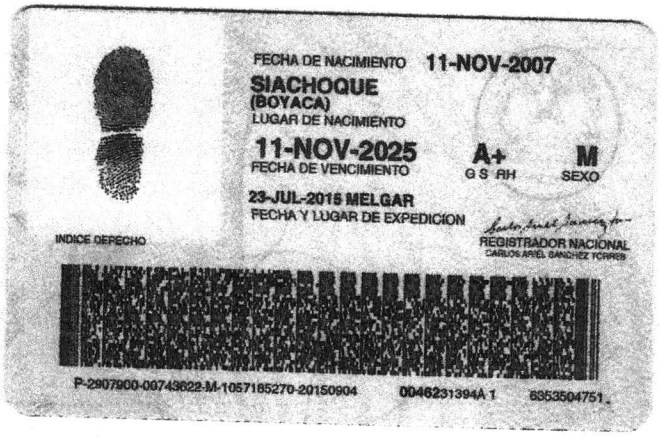
Angela Yesenia López Q.
MEDICO GENERAL
R.M. 52-0418



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.057.185.270
AVILA RODRIGUEZ
APELLIDOS
CRISTIAN ANDRES
NOMBRES

Cristian Andres Avila Rodrig
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-NOV-2007
SIACHOQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
11-NOV-2025
FECHA DE VENCIMIENTO
A+
G S RH
M
SEXO
23-JUL-2015 MELGAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-2907900-00743622-M-1057185270-20150904 0046231394A 1 8353504751



REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD

SUBOFICIAL ACTIVO EJC
BENEFICIARIO
AVILA RODRIGUEZ CRISTIAN ANDRES
TI 1057185270
Hijo(a)

AFILIADO
AVILA BARON JAIME HERNANDO
CC 4179516

DISCAPACIDAD NINGUNA
G.S RH A+ VENCE 11/11/2025

# 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:** | 46936 | **Fecha Admisión:** | 12/09/2024 02:23 PM | **No. Folio:** | 55966 | **Fecha Folio:** | 12/09/2024 02:39 PM |
| **Sede:** | SEDE IPIALES | | | **Dirección:** | CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO | **Teléfono:** | 7332029 |

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | CRISTIAN ANDRES AVILA RODRIGUEZ | **DOC. ID:** | TI1057185270 | **FECHA NAC:** | 11/11/2007 |
| **EDAD:** | 16 años 10 meses 1 días | **SEXO:** | Masculino | **CIUDAD:** | IPIALES |
| **BARRIO:** | | **DIRECCIÓN:** | IPIALES | | |
| **TELÉFONO:** | 3125875603 - 3203055299 | **OCUPACIÓN:** | Desempleado | | |
| **TIPO AFIL:** | COTIZANTE **RÉGIMEN:** ESPECIAL | **PROFESIONAL:** | LEIDY YOJHANA MONCAYO ENRIQUEZ | | |
| **EPS:** | DISPENSARIO MEDICO DE CALI | | | | |
| **PLAN CONTR:** | BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 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 NO USUARIO DE RX OPTICA, REMITIDO POR MEDICO GENERAL REFIERE VISION BORROSA DE LEJOSAMBOS OJOS

USO DE GAFAS: NO USA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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: NO | **Observaciones:** NA |
| **Farmacológicos:** NO | **Observaciones:** NA |
| **Quirúrgicos:** NO | **Observaciones:** NA |
| **Alérgicos:** NO | **Observaciones:** NA |
| **Familiares:** NO | **Observaciones:** NA |
| **Patológicos:** NO | **Observaciones:** NA |
| **Otros:** NO | **Observaciones:** NA |

## Examen Optometria -Primera Vez

### AGUDEZA VISUAL Sin Corrección

| OJO DERECHO: | OJO IZQUIERDO: |
|---|---|
| **Visión Lejana:** 20/40 | **Visión Lejana:** 20/40 |
| **Visión Lejana observacion:** NA | **Visión Lejana observacion:** NA |
| **Visión próxima:** 20/20 | **Visión próxima:** 20/20 |
| **Visión próxima observacion:** NA | **Visión próxima observacion:** NA |
| **Pinhole:** 20/30 | **Pinhole:** 20/30 |

### AUTOREFRACCIÓN

| OJO DERECHO: | OJO IZQUIERDO: |
|---|---|
| **Esférico:** -0.50 | **Esférico:** -0.25 |
| **cilindro:** -0.50 | **cilindro:** -1.50 |
| **Eje:** 167 | **Eje:** 25 |
| **Agudeza visual binocular:** 20/30 | |
| **Adición:** - | |



*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

**Distancia Pupilar:** 31/31

## QUERATOMETRIA

| OJO DERECHO: | OJO IZQUIERDO: |
|---|---|
| **K1:** 43.65 | **K1:** 42.42 |
| **K2:** 44.37 | **K2:** 44.19 |
| **Eje:** 173 | **Eje:** 16 |

## 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:** -0.25 | **Esferico:** -0.25 |
| **Cilindro:** -0.50 | **Cilindro:** -1.00 |
| **Eje:** 170 | **Eje:** 20 |

## RX FINAL

| OJO DERECHO: | OJO IZQUIERDO: |
|---|---|
| **Esfera:** -0.25 | **Esfera:** -0.25 |
| **Cilindro:** -0.50 | **Cilindro:** -0.75 |
| **Eje:** 0 | **Eje:** 20 |
| **Agudeza Visual Lejana:** 20/30 | **Agudeza Visual Lejana:** 20/30 |
| **Agudeza Visual Próxima:** 20/20 | **Agudeza Visual Próxima:** 20/20 |

**Adición:** -

**Observaciones:** FOTOFOBIA

## BIOMICROSCOPIA

| OJO DERECHO: | OJO IZQUIERDO: |
|---|---|
| **Párpados:** SANOS | **Párpados:** SANOS |
| **Aparato lagrimal /BUT:** PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE | **Aparato lagrimal /BUT:** PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE |
| **Conjuntiva:** TRANQUILA | **Conjuntiva:** TRANQUILA |
| **Cornea:** CENTRAL CLARA | **Cornea:** CENTRAL CLARA |
| **Esclerotica:** NORMAL | **Esclerotica:** NORMAL |
| **Camara Anterior:** FORMADA, NO CELULARIDAD | **Camara Anterior:** FORMADA, NO CELULARIDAD |



*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

| | |
|---|---|
| **Iris:** REACTIVA | **Iris:** REACTIVA |
| **Cristalino:** TRANSPARENTE | **Cristalino:** TRANSPARENTE |
| **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:** MONOFOCAL LEJOS

**Filtro:** AR

**uso:** PERMANENTE

**control:** 6 MESES

## DIAGNÓSTICOS

| CIE10 | NOMBRE | SITIO | TIPO | CLASE | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| H522 | ASTIGMATISMO | Bilateral | Impresión diagnostica | Principal | |
| H521 | MIOPIA | Bilateral | Impresión diagnostica | Relacionado | |

## ANÁLISIS Y PLAN

ANALISIS

ENVÍO FÓRMULA ÓPTICA DE USO PERMANENTE, RECOMIENDO 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.

PLAN:
1/ ADAPTACION DE LENTES : MONOFOCAL LEJOS AR
2/ Se resuelven todas las dudas acerca del tratamiento, paciente reporta entender toda la información brindada.
CONTROL: 6 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.*