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 20747
Fecha de Expedición: 13/09/2024 10:45:34 AM
Fecha de Vencimiento: 13/10/2024
Fecha de Generación: 13/09/2024 10:45:33 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:	NAVARRETE JOJOA FRANCISCO JEHOVANY	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	27 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1233189685
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:	13/09/2024 10:45:33 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-13
AUTORIZACIÓN:	2847335	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-13
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

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

TOTAL ÍTEMS: 1				**SUBTOTAL GENERAL:**	28,000.00
PLAZO: 30 Días				**TOTAL DESCUENTO:**	0.00
CUOTA MODERADORA: 0.00	**CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00	**PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00		**COPAGO:**	0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO	**MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido	**TOTAL GRAVADO:**	**TOTAL IVA**	**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

ddf290c5155265d4c7ada825e45eb7045878d310b0fc5c72f5be43f9700682f2cc47437c34d02947fd2f735b975a1be3

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 20747
Fecha de Expedición: 13/09/2024 10:45:34 AM
Fecha de Vencimiento: 13/10/2024
Fecha de Generación: 13/09/2024 10:45:33 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:	NAVARRETE JOJOA FRANCISCO JEHOVANY	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	27 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1233189685
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:	13/09/2024 10:45:33 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-13
AUTORIZACIÓN:	2847335	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-13
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

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

TOTAL ÍTEMS: 1				**SUBTOTAL GENERAL:**	28,000.00
PLAZO: 30 Días				**TOTAL DESCUENTO:**	0.00
CUOTA MODERADORA: 0.00	**CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00	**PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00		**COPAGO:**	0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO	**MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido	**TOTAL GRAVADO:**	**TOTAL IVA**	**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

ddf290c5155265d4c7ada825e45eb7045878d310b0fc5c72f5be43f9700682f2cc47437c34d02947fd2f735b975a1be3

Fecha generación: 12/08/2024 11:05:41

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-08-2847335 **FECHA SOLICITUD:** 8/12/24 11:05 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: FRANCISCO JEHOVANY NAVARRETE JOJOA
MUNICIPIO: PASTO
NOMBRE ENTIDAD: GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 1233189685
DEPARTAMENTO: NARIÑO
CODIGO ESM O UPGD: 523568300880
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: FRANCIA MARYLIN NASPUCIL OSORIO
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Medicina General - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	Impresión Diagnóstica

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-2024-08-2847335	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA	890207	Optometria (CE) - SSFM	1	Autorizado	0 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 DIRECCIÓN DE GMCAB ST. LOSADA SOTTO JHOJAN STEVEN //- DE ACUERDO A PERTINENCIA Y PREVIA VALIDACIÓN DE DERECHOS DE USUARIO
OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE MASCULINO DE 27 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION COSNISTENT EEN PRESENCI ADE DIMINUCION PORGRESIVA DE LA AGUDEZA VISUAL CON DIFICULTAD PARA LA VISION LEJANA Y DESDE HACE 1 AÑO CON EMPEORMAIENTO DE SINTAMTOLGOIA VISUAL SEGUN REFIER EEXACERBADO A POSTERIOR CUADRO DE CEFALEA SUBITA ASOCIOD A HEMORRGIAS SUBARACNOIDEAS DESCRITAS EN HISTORIA CLINCIA DE VALORACION POR NERUOLOGIA EL CUAL SE ENCUENTRA EN CONTROL POR ESPECIALIDAD, EN EL MOMENTO REFIERE VISON BORROSA Y FATIGA OCUALR A L AESTAR ESPUESTO VARIAS HORAS FRENTE A PANTALLAS POR LO CUAL ACUDE, NIEGA OTRAS ALTERACIONES VISUALES, NIEGA ALTERACIONES NEUROLOGICAS, NIEGA OTROS SINTOMAS. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ALERTA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNSO DE DIFICUTLAD REPIRATORIA, SIN ABDOMEN GUDO, SIN SIRS. PUPILAS ISOCORICAS NROMOREACTIVAS, SIN ALTERACION AL EXAMEN FICIO, SIN DEFICIT NEUROLOGICO. PACIENTE CON ANTECDENTE DESCRITO AHROA CON SINTOAMTOLOGIA VISUAL SE SOCLITA VALROACION POR OFTALMOLOGIA Y OPTOMET
FECHA DE VENCIMIENTO: 12/08/2025

AUTORIZADA POR:

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
1085897168

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 12/08/2025

Fecha y hora de generación: 12/08/2024 09:12:07

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-08-420230 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 8/12/24 9:12 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: FRANCISCO JEHOVANY NAVARRETE JOJOA
FECHA DE NACIMIENTO: 01/06/1997
TIPO DE DOCUMENTO: CC
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1233189685
DIRECCIÓN: ZR CORREGIMIENTO
CELULAR O TELÉFONO:
CORREO ELECTRÓNICO: jehoovany79@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: NARIÑO
MUNICIPIO: PASTO
CÓDIGO ESM O UPGD: 523568300880
REGIONAL: SUR OCCIDENTE
ESTADO: Activo
GRADO: SLP
FUERZA: EJC
ENTIDAD ADSCRITA: GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" - EJC
ÁMBITO: Ambulatorio

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	Oftalmologia (CE) - SSFM	1

OBSERVACIÓN

PACIENTE MASCULINO DE 27 ANOS DE EDAD QUIEN ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 2 ANOS DE EVOLUCION COSNISTENT EEN PRESENCI ADE DIMINUCION PORGRESIVA DE LA AGUDEZA VISUAL CON DIFICULTAD PARA LA VISION LEJANA Y DESDE HACE 1 AÑO CON EMPEORMAIENTO DE SINTAMTOLGOIA VISUAL SEGUN REFIER EEXACERBADO A POSTERIOR CUADRO DE CEFALEA SUBITA ASOCIOD A HEMORRGIAS SUBARACNOIDEAS DESCRITAS EN HISTORIA CLINCIA DE VALORACION POR NERUOLOGIA EL CUAL SE ENCUENTRA EN CONTROL POR ESPECIALIDAD, EN EL MOMENTO REFIERE VISON BORROSA Y FATIGA OCUALR A L AESTAR ESPUESTO VARIAS HORAS FRENTE A PANTALLAS POR LO CUAL ACUDE, NIEGA OTRAS ALTERACIONES VISUALES, NIEGA ALTERACIONES NEUROLOGICAS, NIEGA OTROS SINTOMAS. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ALERTA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNSO DE DIFICUTLAD REPIRATORIA, SIN ABDOMEN GUDO, SIN SIRS. PUPILAS ISOCORICAS NROMOREACTIVAS, SIN ALTERACION AL EXAMEN FICIO, SIN DEFICIT NEUROLOGICO. PACIENTE CON ANTECDENTE DESCRITO AHROA CON SINTOAMTOLOGIA VISUAL SE SOCLITA VALROACION POR OFTALMOLOGIA Y OPTOMET

890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA	Optometria (CE) - SSFM	1

OBSERVACIÓN

PACIENTE MASCULINO DE 27 ANOS DE EDAD QUIEN ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 2 ANOS DE EVOLUCION COSNISTENT EEN PRESENCI ADE DIMINUCION PORGRESIVA DE LA AGUDEZA VISUAL CON DIFICULTAD PARA LA VISION LEJANA Y DESDE HACE 1 AÑO CON EMPEORMAIENTO DE SINTAMTOLGOIA VISUAL SEGUN REFIER EEXACERBADO A POSTERIOR CUADRO DE CEFALEA SUBITA ASOCIOD A HEMORRGIAS SUBARACNOIDEAS DESCRITAS EN HISTORIA CLINCIA DE VALORACION POR NERUOLOGIA EL CUAL SE ENCUENTRA EN CONTROL POR ESPECIALIDAD, EN EL MOMENTO REFIERE VISON BORROSA Y FATIGA OCUALR A L AESTAR ESPUESTO VARIAS HORAS FRENTE A PANTALLAS POR LO CUAL ACUDE, NIEGA OTRAS ALTERACIONES VISUALES, NIEGA ALTERACIONES NEUROLOGICAS, NIEGA OTROS SINTOMAS. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ALERTA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNSO DE DIFICUTLAD REPIRATORIA, SIN ABDOMEN GUDO, SIN SIRS. PUPILAS ISOCORICAS NROMOREACTIVAS, SIN ALTERACION AL EXAMEN FICIO, SIN DEFICIT NEUROLOGICO. PACIENTE CON ANTECDENTE DESCRITO AHROA CON SINTOAMTOLOGIA VISUAL SE SOCLITA VALROACION POR OFTALMOLOGIA Y OPTOMET

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

"PARA LO DE LOS OJOS "

HALLAZGO

PACIENTE MASCULINO DE 27 ANOS DE EDAD QUIEN ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 2 ANOS DE EVOLUCION COSNISTENT EEN PRESENCI ADE DIMINUCION PORGRESIVA DE LA AGUDEZA VISUAL CON DIFICULTAD PARA LA VISION LEJANA Y DESDE HACE 1 AÑO CON EMPEORMAIENTO DE SINTAMTOLGOIA VISUAL SEGUN

Fecha y hora de generación: 12/08/2024 09:12:07

REFIER EEXACERBADO A POSTERIOR CUADRO DE CEFALEA SUBITA ASOCIOD A HEMORRGIAS SUBARACNOIDEAS DESCRITAS EN HISTORIA CLINCIA DE VALORACION POR NERUOLOGIA EL CUAL SE ENCUENTRA EN CONTROL POR ESPECIALIDAD, EN EL MOMENTO REFIERE VISON BORROSA Y FATIGA OCUALR A L AESTAR ESPUESTO VARIAS HORAS FRENTE A PANTALLAS POR LO CUAL ACUDE, NIEGA OTRAS ALTERACIONES VISUALES, NIEGA ALTERACIONES NEUROLOGICAS, NIEGA OTROS SINTOMAS.

EXÁMENES FÍSICOS

Cabeza y cráneo:No evaluado, Cuello:No evaluado, Examen genitourinario:No evaluado, Examen mental:No evaluado, Examen otorrinolaringológico:No evaluado, Extremidades:No evaluado, Mamas:No evaluado, Nariz:No evaluado, Ojos:No evaluado, Orofaringe:No evaluado, Oídos:No evaluado, Piel y faneras:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado, Tórax:-TORAX: NORMOEXPANSIVO, SIN TIRAJES. PULMONES: MURMULLO VESICULAR NORMAL SIN SOBREAGREGADOS.
-CORAZON: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS.
, Examen neurológico:-SNC: ALERTA,SIN DEFICIT NEUROLOGICO, GLASGOW 15/15, EL LENGUAJE ES COHERENTE ENTENDIBLE, SIN DISLALIAS O ALTERACIONES NEUROLOGICAS EVIDENTES.
, Abdomen:-ABDOMEN: PERISTALTISMO POSITIVO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA NI SUPERFICIAL, MC BURNEY (-), MURPHY (-), NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
, Condiciones generales:
PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE SIRS O SDR. NO ALGIDO
— VER SIGNOS VITALES EN APARTADO RESPECTIVO.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS_INSTAURADOS

PACIENTE MASCULINO DE 27 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION COSNISTENT EEN PRESENCI ADE DIMINUCION PORGRESIVA DE LA AGUDEZA VISUAL CON DIFICULTAD PARA LA VISION LEJANA Y DESDE HACE 1 AÑO CON EMPEORMAIENTO DE SINTAMTOLGOIA VISUAL SEGUN REFIER EEXACERBADO A POSTERIOR CUADRO DE CEFALEA SUBITA ASOCIOD A HEMORRGIAS SUBARACNOIDEAS DESCRITAS EN HISTORIA CLINCIA DE VALORACION POR NERUOLOGIA EL CUAL SE ENCUENTRA EN CONTROL POR ESPECIALIDAD, EN EL MOMENTO REFIERE VISON BORROSA Y FATIGA OCUALR A L AESTAR ESPUESTO VARIAS HORAS FRENTE A PANTALLAS POR LO CUAL ACUDE, NIEGA OTRAS ALTERACIONES VISUALES, NIEGA ALTERACIONES NEUROLOGICAS, NIEGA OTROS SINTOMAS. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ALERTA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNSO DE DIFICUTLAD REPIRATORIA, SIN ABDOMEN GUDO, SIN SIRS. PUPILAS ISOCORICAS NROMOREACTIVAS, SIN ALTERACION AL EXAMEN FICIO, SIN DEFICIT NEUROLOGICO. PACIENTE CON ANTECDENTE DESCRITO AHROA CON SINTOAMTOLOGIA VISUAL SE SOCLITA VALROACION POR OFTALMOLOGIA Y OPTOMETRIA, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNSO DE ALARMA.

DIAGNÓSTICOS

No Registra

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE SOLICITA: FRANCIA MARYLIN NASPUCIL OSORIO
TELÉFONO O CELULAR: 3104017948
SERVICIO SOLICITADO: Oftalmologia (CE) - SSFM

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

Francia Naspucil Osorio
Médico General
Universidad del Cauca
C.C. 1.087.423.515

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.233.189.685



Apellidos
NAVARRETE JOJOA

Nombres
FRANCISCO JEHOVANY

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.73	M

Fecha de nacimiento
01 JUN 1997

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
PASTO (NARIÑO)

Fecha y lugar de expedición
26 JUN 2015, PASTO

Fecha de expiración
02 AGO 2033

Firma

.CO

029699317

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL029699317423001<<<<<<<<<<
9706017M3308028COL1233189685<0
NAVARRETE<JOJOA<<FRANCISCO<JEH

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:	47092	**Fecha Admisión:**	13/09/2024 10:44 AM	**No. Folio:**	56198	**Fecha Folio:**	13/09/2024 11:16 AM
Sede:	SEDE IPIALES			**Dirección:**	CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO	**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	FRANCISCO JEHOVANY NAVARRETE JOJOA	**DOC. ID:**	CC1233189685	**FECHA NAC:**	01/06/1997
EDAD:	27 años 3 meses 12 días	**SEXO:**	Masculino	**CIUDAD:**	IPIALES
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**	IPIALES		
TELÉFONO:	3126335431 - 3160563075	**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 LEJOS AMBOS OJOS

USO DE GAFAS: NO USA

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: 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: 20/150	**Visión Lejana:** 20/150
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: 20/20	**Pinhole:** 20/30

AUTOREFRACCIÓN

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Esférico: -1.00	**Esférico:** -1.00
cilindro: -0.25	**cilindro:** -0.25
Eje: 21	**Eje:** 26
Agudeza visual binocular: 20/30	

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

Adición: -

Distancia Pupilar: 32/33

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
K1: 38.51	**K1:** 40.90
K2: 39.30	**K2:** 41.35
Eje: 6	**Eje:** 6

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:** -0.75
Cilindro: NA	**Cilindro:** NA
Eje: NA	**Eje:** NA

RX FINAL

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Esfera: -0.75	**Esfera:** -1.00
Cilindro: NA	**Cilindro:** NA
Eje: NA	**Eje:** NA
Agudeza Visual Lejana: 20/30	**Agudeza Visual Lejana:** 20/30
Agudeza Visual Próxima: 20/20	**Agudeza Visual Próxima:** 20/20

Adición: -

Observaciones: -

BIOMICROSCOPIA

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Párpados: SANOS	**Párpados:** SANOS
Aparato lagrimal /BUT: PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE	**Aparato lagrimal /BUT:** PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE
Conjuntiva: PINGUECULA NASAL	**Conjuntiva:** PINGUECULA NASAL
Cornea: CENTRAL CLARA	**Cornea:** CENTRAL CLARA
Esclerotica: NORMAL	**Esclerotica:** NORMAL

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

Camara Anterior: FORMADA, NO CELULARIDAD	**Camara Anterior:** FORMADA, NO CELULARIDAD
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: 11MESES

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: 11 MESES

C.C. No. 1085335197
OPTOMETRA
PUJA

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.