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 20911
Fecha de Expedición: 16/09/2024 11:03:16 AM
Fecha de Vencimiento: 16/10/2024
Fecha de Generación: 16/09/2024 11:03:15 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:	INGA CABRERA DIEGO FERNANDO	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	38 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1085898663
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:	16/09/2024 11:03:15 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-16
AUTORIZACIÓN:	2274037	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-16
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
FORMA DE PAGO: A CREDITO
CUOTA DE RECUPERACIÓN: 0.00
MEDIO DE PAGO: Instrumento no definido
PAGOS COMPARTIDOS: 0.00
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

be0362e80565dcab6532d2d44e5349ce0229d452498ab13f52480174d1a3827f22defce63fa3ba01693d11bd55c684f4

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 20911
Fecha de Expedición: 16/09/2024 11:03:16 AM
Fecha de Vencimiento: 16/10/2024
Fecha de Generación: 16/09/2024 11:03:15 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:	INGA CABRERA DIEGO FERNANDO	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	38 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1085898663
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:	16/09/2024 11:03:15 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-16
AUTORIZACIÓN:	2274037	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-16
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
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

be0362e80565dcab6532d2d44e5349ce0229d452498ab13f52480174d1a3827f22defce63fa3ba01693d11bd55c684f4

Fecha generación: 02/07/2024 20:40:01

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-06-2274037 **FECHA SOLICITUD:** 6/28/24 8:45 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: DIEGO FERNANDO INGA CABRERA
MUNICIPIO: IPIALES
NOMBRE ENTIDAD: GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 1085898663
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-2024-06-2274037	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 DIRECCION DE GMCAB SV OSCAR DARIO GUAJE BECERRA//- DE ACUERDO A PERTINENCIA Y PREVIA VALIDACIÓN DE DERECHOS DE USUARIO
OBSERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE MASCULINO DE 38 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 6 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PRESENCI ADE DIMINUCION PORGRESIVA DE LA AGUDEZA VISUAL ASOCIADOA VISION BORROROSA Y ESFURXO VISUAL, POR LO CUAL ACUDE PARA REMISION CON OPTOMETRIA, NIEGA OTRO SINTOMAS. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ALERTA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNSO DE DIFICUTLAD REPIRATORIA, SIN ABDOMEN GUDO, SIN SIRS. PACIENTE CON SOSPEHCA DE TRASTORNO DE LA REFRACCION SE SOLICITA VALROACION PO R OPTOMETRIA, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNSO DE ALARMA.
FECHA DE VENCIMIENTO: 28/06/2025

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: 28/06/2025

Fecha y hora de generación: 28/06/2024 12:01:22

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-06-333772 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 6/28/24 12:00 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: DIEGO FERNANDO INGA CABRERA
TIPO DE DOCUMENTO: CC
DIRECCIÓN: Calle 0 0 0 N MANZA 13 CASA 12
CORREO ELECTRÓNICO:
MUNICIPIO: IPIALES
REGIONAL: SUR OCCIDENTE
GRADO: SLP
FECHA DE NACIMIENTO: 15/12/1985
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1085898663
CELULAR O TELÉFONO: 30074282
DEPARTAMENTO: NARIÑO
CÓDIGO ESM O UPGD: 523568300880
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC
ENTIDAD ADSCRITA: GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" - EJC
ÁMBITO: Ambulatorio

SERVICIOS AUTORIZADOS

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

OBSERVACIÓN

PACIENTE MASCULINO DE 38 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 6 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PRESENCI ADE DIMINUCION PORGRESIVA DE LA AGUDEZA VISUAL ASOCIADOA VISION BORROROSA Y ESFURXO VISUAL, POR LO CUAL ACUDE PARA REMISION CON OPTOMETRIA, NIEGA OTRO SINTOMAS. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ALERTA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNSO DE DIFICUTLAD REPIRATORIA, SIN ABDOMEN GUDO, SIN SIRS. PACIENTE CON SOSPEHCA DE TRASTORNO DE LA REFRACCION SE SOLICITA VALROACION PO R OPTOMETRIA, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNSO DE ALARMA.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

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

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

" PARA VALROACION DE LOS OJOS "

HALLAZGO

PACIENTE MASCULINO DE 38 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 6 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PRESENCI ADE DIMINUCION PORGRESIVA DE LA AGUDEZA VISUAL ASOCIADOA VISION BORROROSA Y ESFURXO VISUAL, POR LO CUAL ACUDE PARA REMISION CON OPTOMETRIA, NIEGA OTRO SINTOMAS.

EXÁMENES FÍSICOS

Condiciones generales:PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE SIRS O SDR. NO ALGIDO
-- VER SIGNOS VITALES EN APARTADO RESPECTIVO.
, 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, 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

Fecha y hora de generación: 28/06/2024 12:01:22

TRATAMIENTOS_INSTAURADOS
PACIENTE MASCULINO DE 38 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 6 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PRESENCI ADE DIMINUCION PORGRESIVA DE LA AGUDEZA VISUAL ASOCIADOA VISION BOROROSA Y ESFURXO VISUAL, POR LO CUAL ACUDE PARA REMISION CON OPTOMETRIA, NIEGA OTRO SINTOMAS. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ALERTA, AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNSO DE DIFICUTLAD REPIRATORIA, SIN ABDOMEN GUDO, SIN SIRS. PACIENTE CON SOSPEHCA DE TRASTORNO DE LA REFRACCION SE SOLICITA VALROACION PO R 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: Optometria (CE) - SSFM

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

Universidad del Cauca

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

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
No Registra

Ojos:-OJOS: PARPADOS SIN EDEMAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ Y FOTOACOMODACION , ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS Y HUMEDAS
Abdomen:-ABDOMEN: PERISTALTISMO POSITIVO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA NI SUPERFICIAL, MC BURNEY (-), MURPHY (-), NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.085.898.663

INGA CABRERA

APELLIDOS

DIEGO FERNANDO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1985

IPIALES
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

16-JUL-2004 IPIALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2306700-00218100-M-1085898663-20100225 0021282841A 1 27233934

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:	47412	**Fecha Admisión:**	16/09/2024 11:03 AM	**No. Folio:**	56682	**Fecha Folio:**	16/09/2024 11:13 AM
Sede:	SEDE IPIALES			**Dirección:**	CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO	**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	DIEGO FERNANDO INGA CABRERA	**DOC. ID:**	CC1085898663	**FECHA NAC:**	15/12/1985
EDAD:	38 años 9 meses 1 días	**SEXO:**	Masculino	**CIUDAD:**	IPIALES
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**	IPIALES		
TELÉFONO:	3007428274 - 3205177873	**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: SI	**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: 20/50	**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: 20/20	**Pinhole:** 20/20

AUTOREFRACCIÓN

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Esférico: -0.25	**Esférico:** -0.25
cilindro: -0.50	**cilindro:** -1.00
Eje: 113	**Eje:** 65
Agudeza visual binocular: 20/20	

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

EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ

Adición: -

Distancia Pupilar: 33/32

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
K1: 43.52	**K1:** 42.03
K2: 44.18	**K2:** 42.92
Eje: 172	**Eje:** 25

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: 110	**Eje:** 60

RX FINAL

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Esfera: -0.25	**Esfera:** -0.25
Cilindro: -0.50	**Cilindro:** -0.75
Eje: 110	**Eje:** 70
Agudeza Visual Lejana: 20/20	**Agudeza Visual Lejana:** 20/20
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

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 0.3	**Papila (Nervio Óptico):** DISCO ÓPTICO DE TAMAÑO PROMEDIO, ROSADO, EXCAVACIÓN 0.3
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
H521	MIOPIA	Bilateral	Impresión diagnostica	Principal	
H522	ASTIGMATISMO	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
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.