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 20930
Fecha de Expedición: 16/09/2024 2:13:35 PM
Fecha de Vencimiento: 16/10/2024
Fecha de Generación: 16/09/2024 2:13:34 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:	ORTIZ BLANCO YELITZA GABRIELA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	26 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1094168259
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 2:13:34 PM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-16
AUTORIZACIÓN:	3089157	**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-ej

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

Yelitza Gabriela Ortiz
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

184a5717397ecf9667be7da185bcd5bc58b483840867937fcdc11e84436f9a9d80a3cec57bf2cb3d6aed287bf76f77d4

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 20930
Fecha de Expedición: 16/09/2024 2:13:35 PM
Fecha de Vencimiento: 16/10/2024
Fecha de Generación: 16/09/2024 2:13:34 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:	ORTIZ BLANCO YELITZA GABRIELA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	26 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1094168259
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 2:13:34 PM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-16
AUTORIZACIÓN:	3089157	**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 860.028.589-2 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

Yelitza Gabriela Ortiz
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

184a5717397ecf9667be7da185bcd5bc58b483840867937fcdc11e84436f9a9d80a3cec57bf2cb3d6aed287bf76f77d4

Fecha generación: 28/08/2024 16:28:15

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD:REF-2024-08-454297 **FECHA SOLICITUD:** 8/28/24 4:28 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: YELITZA GABRIELA ORTIZ BLANCO
DOCUMENTO: 1094168259
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: CS
FUERZA: EJC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: DIANA SOFIA GOMEZ IBARRA
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Medicina General - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

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
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-2024-08-3089157	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 ST. LOSADA SOTTO JHOJAN STEVEN //- DE ACUERDO A PERTINENCIA Y PREVIA VALIDACIÓN DE DERECHOS DE USUARIO
OBSERVACIÓN SOLICITUD: CONSULTA DE PRIMERA VEZ CON OPTOMETRÍA

FECHA DE VENCIMIENTO: 28/08/2025

AUTORIZADA POR:

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
1085897168

Yelitza Gabriela Ortiz

Fecha y hora de generación: 27/08/2024 15:26:49

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-08-454297 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 8/27/24 3:26 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: YELITZA GABRIELA ORTIZ BLANCO
TIPO DE DOCUMENTO: CC
DIRECCIÓN: ZR CASA FISCAL
CORREO ELECTRÓNICO: gabrielaortizblanco53@gmail.com
MUNICIPIO: IPIALES
REGIONAL: SUR OCCIDENTE
GRADO: CS
FECHA DE NACIMIENTO: 18/04/1998
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1094168259
CELULAR O TELÉFONO:
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

CONSULTA DE PRIMERA VEZ CON OPTOMETRÍA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

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

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

''VENGO POR LA CITA DE OPTOMETRIA''

HALLAZGO

PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE A CONSULTA EXTERNA PARA GENERAR ORDEN DE VALORACION CON OPTOMETRÍA. PACIENTE NO RECUERDA DIAGNOSTICO EXACTO, REFIERE DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL CON O SIN USO DE LOS LENTES ADAPTADOS POR ULTIMA VEZ HACE 1 AÑO, REFIERE DIFICULTAD PARA LEER O VER LOS OBJETOS, REFIERE VISIÓN BORROSA, REFIERE IRRITACION Y ARDOR OCULAR OCASIONAL, NIEGA OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD.

EXÁMENES FÍSICOS

Piel y faneras:SIN LESIONES , Extremidades:SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, CON TONO MUSCULAR CONSERVADO, SIN EDEMAS, SIN SIGNO DE FÓVEA, REFLEJOS MÚSCULO TENDINOSOS ADECUADOS. ESCALA DE FUERZA DE DANIELS 5/5.
, Cuello:No evaluado, Examen genitourinario:No evaluado, Examen mental:No evaluado, Examen otorrinolaringológico:No evaluado, Mamas:No evaluado, Nariz:No evaluado, Ojos:No evaluado, Orofaringe:No evaluado, Oídos:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado, Tórax:NORMOEXPANSIBLE, SIMÉTRICO, SIN RETRACCIONES, SIN TIRAJES, CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, AUSENCIA DE SIBILANCIAS ESPIRATORIAS E INSPIRATORIAS, SIN USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS DE INTENSIDAD TONO Y TIMBRE ADECUADOS, SIN SOPLOS.
, Cabeza y cráneo:NORMOCÉFALO, SIN LESIONES EN CUERO CABELLUDO, CON ESCLERAS SIN TINTE ICTÉRICO, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSA ORAL ROSADA Y HÚMEDA, SIN LESIONES, SIN OTALGIA, SIN OTORREA. CUELLO MÓVIL, SIMÉTRICO, SIN ADENOPATÍAS, NO MASAS., Condiciones generales:BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, ORIENTADO, HIDRATADO, SIN FIEBRE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ADECUADOS SIGNOS VITALES.
, Abdomen:BLANDO, DEPRESIBLE, SIN PALPACIÓN DE MASAS O MEGALIAS, MURPHY NEGATIVO, MCBURNEY NEGATIVO, SIGNO DE OBTURADOR NEGATIVO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, SIN ABDOMEN AGUDO.
, Examen neurológico:ALERTA, GLASGOW 15/15

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS_INSTAURADOS

PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE A CONSULTA EXTERNA PARA GENERAR ORDEN DE VALORACION CON OPTOMETRÍA. PACIENTE NO RECUERDA DIAGNOSTICO EXACTO, REFIERE DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL CON O SIN USO DE LOS LENTES ADAPTADOS POR ULTIMA VEZ HACE 1 AÑO, REFIERE DIFICULTAD PARA LEER O VER LOS OBJETOS, REFIERE VISIÓN BORROSA, REFIERE IRRITACION Y ARDOR OCULAR OCASIONAL, NIEGA OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON ADECUADOS SIGNOS VITALES, AFEBRIL, NORMOTENSA, SE CONSIDERA PACIENTE CURSANDO

Fecha y hora de generación: 27/08/2024 15:26:49

CON DEFICIT EN LA GUDEZA VISUAL, SE DECIDE SOLICITAR VALORACION POR OPTOMETRIA. SE COMENTA CONDUCTA CON LA PACIENTE QUIEN MANIFIESTA COMPRENDER Y ACEPTAR.
DIAGNÓSTICOS
No Registra

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE SOLICITA: DIANA SOFIA GOMEZ IBARRA
TELÉFONO O CELULAR: 3104017948
SERVICIO SOLICITADO: Optometria (CE) - SSFM

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

Dra
Diana Sofia Gómez Ibarra
C.c 1 144 212 838
Medico SSO
Universidad Libre

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.094.168.259**

ORTIZ BLANCO
APELLIDOS

YELITZA GABRIELA
NOMBRES

Yelitza G. Ortiz
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-ABR-1998**
EL ZULIA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

02-MAY-2016 EL ZULIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2503800-00831398-F-1094168259-20160521 **00498**74453A 1 46096047

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:	47465	**Fecha Admisión:**	16/09/2024 02:13 PM	**No. Folio:**	56752	**Fecha Folio:**	16/09/2024 02:17 PM
Sede:	SEDE IPIALES			**Dirección:**	CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO	**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	YELITZA GABRIELA ORTIZ BLANCO	**DOC. ID:**	CC1094168259	**FECHA NAC:**	18/04/1998
EDAD:	26 años 4 meses 28 días	**SEXO:**	Femenino	**CIUDAD:**	IPIALES
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**	IPIALES		
TELÉFONO:	3126317696 - 3222928107	**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 USUARIA DE RX OPTICA, REMITIDO POR MEDICO GENERAL REFIERE VISION BORROSA DE LEJOS AMBOS OJOS Y MOELSTIAS CON LALUZ

USO DE GAFAS: ULTIMA CORRECION HACE 1 AÑO

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: 20/20	**Visión Lejana:** 20/20
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: NA	**Pinhole:** NA

LENSOMETRIA

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
valor: N -0.50 *1	**valor:** N -0.50 *2
adicion: NA	**adicion:** NA

Observaciones: MONOFOCAL LENTES Y MONTURA EN REGULAR ESTADO

AUTOREFRACCIÓN

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:

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

Esférico: NO TOMA DATO	**Esférico:** NO TOMA DATO
cilindro: NA	**cilindro:** NA
Eje: NA	**Eje:** NA

Agudeza visual binocular: 20/20

Adición: -

Distancia Pupilar: 30/30

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
K1: NO TOMA DATO	**K1:** NO TOMA DATO
K2: NA	**K2:** NA
Eje: NA	**Eje:** NA

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: N	**Esferico:** N
Cilindro: -0.50	**Cilindro:** -0.75
Eje: 0	**Eje:** 0

RX FINAL

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Esfera: N	**Esfera:** N
Cilindro: -0.25	**Cilindro:** -0.25
Eje: 0	**Eje:** 0
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

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

Aparato lagrimal /BUT: MENISCO LAGRIMAL DISMINUIDO	**Aparato lagrimal /BUT:** MENISCO LAGRIMAL DISMINUIDO
Conjuntiva: PINGUECULA NASAL	**Conjuntiva:** PTERGION NASAL GRADO II
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: 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 0.1	**Papila (Nervio Óptico):** DISCO ÓPTICO DE TAMAÑO PROMEDIO, ROSADO, EXCAVACIÓN 0.1
Macula: NA	**Macula:** NA
Vasos: NORMAL	**Vasos:** NORMAL
Retina: APLICADA	**Retina:** APLICADA

FÓRMULA OFTÁLMICA

Especificaciones del lente: MONOFOCAL LEJOS

Filtro: AR

uso: PERMANENTE

control: 11 MESES

DIAGNÓSTICOS

CIE10	NOMBRE	SITIO	TIPO	CLASE	OBSERVACIONES
H522	ASTIGMATISMO	Bilateral	Impresión diagnostica	Principal	
H110	PTERIGION	Izquierdo	Impresión diagnostica	Relacionado	

ANÁLISIS Y PLAN

ANALISIS

ENVÍO FÓRMULA ÓPTICA DE USO PERMANENTE LENTES DE PROTECCION, 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 REMITE A OFTALMOLOGIA.PTERIGION SINTOMATICO
3/ Se resuelven todas las dudas acerca del tratamiento, paciente reporta entender toda la información brindada.
CONTROL: 11 MESES

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

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

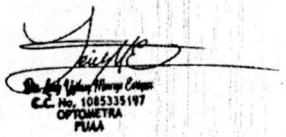
CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201

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

3009126583

EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ



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.