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 20931
Fecha de Expedición: 16/09/2024 2:16:06 PM
Fecha de Vencimiento: 16/10/2024
Fecha de Generación: 16/09/2024 2:16:05 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:	CENTENO ORTIZ ANDRES FELIPE	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	TI
EDAD:	10 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1091367059
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:		**PROCEDENCIA:**	IPIALES
FECHA FACTURA:	16/09/2024 2:16:05 PM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-16
AUTORIZACIÓN:	2983680	**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-ele

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

Andres Centeno
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

55254de90893db18e47cb97f5155595e50d0b1f0cb4e5a8461293efa7528a26db0c9fd975e22cd0dd1726f60a2cea094

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 20931
Fecha de Expedición: 16/09/2024 2:16:06 PM
Fecha de Vencimiento: 16/10/2024
Fecha de Generación: 16/09/2024 2:16:05 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:	CENTENO ORTIZ ANDRES FELIPE	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	TI
EDAD:	10 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1091367059
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:		**PROCEDENCIA:**	IPIALES
FECHA FACTURA:	16/09/2024 2:16:05 PM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-16
AUTORIZACIÓN:	2983680	**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				**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

Andres centeno
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

55254de90893db18e47cb97f5155595e50d0b1f0cb4e5a8461293efa7528a26db0c9fd975e22cd0dd1726f60a2cea094

Fecha generación: 10/09/2024 11:38:10

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-08-2983680 **FECHA SOLICITUD:** 8/21/24 6:32 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ANDRES FELIPE CENTENO ORTIZ
MUNICIPIO: IPIALES
NOMBRE ENTIDAD: GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: CS
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 1091367059
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
H526	OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION	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-2024-08-2983680	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: PACIENTE DE 10 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE QUE EL MENOR PRESENTA CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 7 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL LEJANA QUE SE ACOMPAÑA DE CANSANCIO VISUAL, POR LO CUAL SE REMITE A OPTOMETRIA PARA POSIBLE ADAPTACION DE FORMULA DE LENTES.
FECHA DE VENCIMIENTO: 21/08/2025

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: 21/08/2025

Andres centeno

Fecha y hora de generación: 20/08/2024 18:23:47

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-08-438590 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 8/20/24 6:24 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ANDRES FELIPE CENTENO ORTIZ
TIPO DE DOCUMENTO: TI
DIRECCIÓN: ZR CASA FISCAL
CORREO ELECTRÓNICO: sincorreosm@gmail.com
MUNICIPIO: IPIALES
REGIONAL: SUR OCCIDENTE
GRADO: CS
FECHA DE NACIMIENTO: 26/06/2014
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1091367059
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

PACIENTE DE 10 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE QUE EL MENOR PRESENTA CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 7 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL LEJANA QUE SE ACOMPAÑA DE CANSANCIO VISUAL, POR LO CUAL SE REMITE A 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

" NO MIRA BIEN "

HALLAZGO

PREVIA VALORACIÓN DEL PACIENTE SE REALIZA HIGIENIZACIÓN 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 10 AÑOS DE EDAD EN EL MOMENTO ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE QUIEN REFIERE QUE EL MENOR PRESENTA CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 7 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL LEJANA QUYE SE ACOMPAÑA DE CANSANCIO VISUAL, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

EXÁMENES FÍSICOS

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: 20/70

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS_INSTAURADOS

PACIENTE DE 10 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE QUE EL MENOR PRESENTA CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 7 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL LEJANA QUE SE ACOMPAÑA DE CANSANCIO VISUAL, POR LO CUAL SE REMITE A OPTOMETRIA PARA POSIBLE ADAPTACION DE FORMULA DE LENTES.

DIAGNÓSTICOS

No Registra

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

Fecha y hora de generación: 20/08/2024 18:23:47

NOMBRE DEL QUE SOLICITA: ANGELA YESENIA LOPEZ QUENGUA
TELÉFONO O CELULAR: 3104017948
SERVICIO SOLICITADO: Optometria (CE) - SSFM

CARGO O ACTIVIDAD: Asistencial
SERVICIO QUE SOLICITA: RIAS por Medicina General (CE) - SSFM

Angela Yesenia Lopez Q.
MÉDICO GENERAL
R.M. 52-0418

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.091.367.059
CENTENO ORTIZ

APELLIDOS
ANDRES FELIPE

NOMBRES

A. Felipe C. O

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 26-JUN-2014
LOS PATIOS
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

26-JUN-2032 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

11-AGO-2021 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA RUCHA

P-5200100-01249887-M-1091367059-20210818 0075284829A 1 9302632224

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:	47466	**Fecha Admisión:**	16/09/2024 02:15 PM	**No. Folio:**	56753	**Fecha Folio:**	16/09/2024 02:18 PM
Sede:	SEDE IPIALES			**Dirección:**	CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO	**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	ANDRES FELIPE CENTENO ORTIZ	**DOC. ID:**	TI1091367059	**FECHA NAC:**	26/06/2014
EDAD:	10 años 2 meses 20 días	**SEXO:**	Masculino	**CIUDAD:**	IPIALES
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**			
TELÉFONO:	3126317696 - 3222928100	**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 MADRE REFIERE ENROJECIMIENTO Y VISION BORROSA DE LEJOS AMBOS 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:** 20/30
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: -1.00	**Esférico:** -1.00
cilindro: -1.00	**cilindro:** -0.75
Eje: 12	**Eje:** 174
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.

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: 31/31

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
K1: 42.05	**K1:** 45.63
K2: 43.21	**K2:** 47.11
Eje: 178	**Eje:** 2

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: -1.00	**Cilindro:** -1.00
Eje: 10	**Eje:** 0

RX FINAL

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Esfera: N	**Esfera:** N
Cilindro: -0.50	**Cilindro:** -0.25
Eje: 0	**Eje:** 175
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: HIPEREMIA CONJUNTIVAL GENERALIZADA PAPILAS GRADO II	**Conjuntiva:** HIPEREMIA CONJUNTIVAL GENERALIZADA PAPILAS GRADO II
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: NO VALORABLE	**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	
H101	CONJUNTIVITIS ATOPICA AGUDA	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	

ANÁLISIS Y PLAN

ANALISIS

ENVÍO FÓRMULA ÓPTICA DE USO PERMANENTELENTES 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/ TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: OLOPATADINA 0.2% APLICAR UNA GOTA CADA 12 HORAS EN AMBOS OJOS (2)
3/ 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.