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 21014
Fecha de Expedición: 17/09/2024 8:54:55 AM
Fecha de Vencimiento: 17/10/2024
Fecha de Generación: 17/09/2024 8:54:53 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:	ESPITIA SEISA JORGE LUIS	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	43 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1067094214
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:	17/09/2024 8:54:53 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-17
AUTORIZACIÓN:	2793209	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-17
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

Jorge Luis Espitia
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 FOR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE CRYSTAL IT SERVICE SAS NIT 901632449-3

a55fc047595eef6f081788ccd7a90489ede773b7af6e681c1126a72b7f7b9202760a06c67e0b7c49cafcbbd7e610aa00

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 21014
Fecha de Expedición: 17/09/2024 8:54:55 AM
Fecha de Vencimiento: 17/10/2024
Fecha de Generación: 17/09/2024 8:54:53 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:	ESPITIA SEISA JORGE LUIS	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	43 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1067094214
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:	17/09/2024 8:54:53 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-17
AUTORIZACIÓN:	2793209	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-17
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

Jorge Luis Espitia
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

a55fc047595eef6f081788ccd7a90489ede773b7af6e681c1126a72b7f7b9202760a06c67e0b7c49cafcbbd7e610aa00

Fecha generación: 07/08/2024 10:28:48

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-08-2793209 **FECHA SOLICITUD:** 8/7/24 10:28 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JORGE LUIS ESPITIA SEISA
MUNICIPIO: IPIALES
NOMBRE ENTIDAD: GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 1067094214
DEPARTAMENTO: NARIÑO
CODIGO ESM O UPGD: 523568300880
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

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

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
Z028	OTROS EXAMENES PARA FINES ADMINISTRATIVOS	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-2024-08-2793209	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: ORDENES MEDICAS PARA FICHA MEDICA PARA JUNTA MEDICA, POR ANTECEDENTE DE FX DE CUARTO METACARPIANAO MANO DERECHA EL 04/01/2024 POR CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA
FECHA DE VENCIMIENTO: 07/08/2025

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: 07/08/2025

Jorge Luis Espitia

Fecha y hora de generación: 06/08/2024 08:30:37

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-08-409440 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 8/6/24 8:30 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JORGE LUIS ESPITIA SEISA
TIPO DE DOCUMENTO: CC
DIRECCIÓN: Carrera 12 # 13 B - 04 N
CORREO ELECTRÓNICO: georgeespitia0612@gmail.com
MUNICIPIO: IPIALES
REGIONAL: SUR OCCIDENTE
GRADO: SLP
ENTIDAD ADSCRITA: GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" - EJC
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE NACIMIENTO: 08/07/1991
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1067094214
CELULAR O TELÉFONO: 31560475
DEPARTAMENTO: NARIÑO
CÓDIGO ESM O UPGD: 523568300880
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
954107	AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]	Otros Exámenes de Apoyo Diagnóstico - SSFM	1
	OBSERVACIÓN		
	ORDENES MEDICAS PARA FICHA MEDICA PARA JUNTA MEDICA, POR ANTECEDENTE DE FX DE CUARTO METACARPIANAO MANO DERECHA EL 04/01/2024 POR CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA		
890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA	Optometria (CE) - SSFM	1
	OBSERVACIÓN		
	ORDENES MEDICAS PARA FICHA MEDICA PARA JUNTA MEDICA, POR ANTECEDENTE DE FX DE CUARTO METACARPIANAO MANO DERECHA EL 04/01/2024 POR CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA		
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	Laboratorio Clinico (ADCT) - SSFM	1
	OBSERVACIÓN		
	ORDENES MEDICAS PARA FICHA MEDICA PARA JUNTA MEDICA, POR ANTECEDENTE DE FX DE CUARTO METACARPIANAO MANO DERECHA EL 04/01/2024 POR CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA		
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Laboratorio Clinico (ADCT) - SSFM	1
	OBSERVACIÓN		
	ORDENES MEDICAS PARA FICHA MEDICA PARA JUNTA MEDICA, POR ANTECEDENTE DE FX DE CUARTO METACARPIANAO MANO DERECHA EL 04/01/2024 POR CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA		
906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	Laboratorio Clinico (ADCT) - SSFM	1
	OBSERVACIÓN		
	ORDENES MEDICAS PARA FICHA MEDICA PARA JUNTA MEDICA, POR ANTECEDENTE DE FX DE CUARTO METACARPIANAO MANO DERECHA EL 04/01/2024 POR CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA		
907106	UROANALISIS	Laboratorio Clinico (ADCT) - SSFM	1

Powered by CamScanner

Fecha y hora de generación: 06/08/2024 08:30:37

OBSERVACIÓN
ORDENES MEDICAS PARA FICHA MEDICA PARA JUNTA MEDICA, POR ANTECEDENTE DE FX DE CUARTO METACARPIANAO MANO DERECHA EL 04/01/2024 POR CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	Z028	OTROS EXAMENES PARA FINES ADMINISTRATIVOS

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

" SOLICITUD DE ORDENES MEDICAS "

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 33 AÑOS DE EDAD EN EL MOMENTO ACUDE A CONTROL MEDICO PARA SOLICITUD DE ORDENES MEDICAS PARA FICHA MEDICA PARA JUNTA MEDICA, POR ANTECEDENTE DE FX DE CUARTO METACARPIANAO MANO DERECHA EL 04/01/2024 POR CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA EN PERIODO DE VACACIONES.

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, Ojos:No evaluado, Orofaringe:No evaluado, Oídos:No evaluado, Piel y faneras:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado, Tórax:No evaluado, Condiciones generales:HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS_INSTAURADOS

ORDENES MEDICAS PARA FICHA MEDICA PARA JUNTA MEDICA, POR ANTECEDENTE DE FX DE CUARTO METACARPIANAO MANO DERECHA EL 04/01/2024 POR CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA EN PERIODO DE VACACIONES.

DIAGNÓSTICOS

No Registra

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE SOLICITA: ANGELA YESENIA LOPEZ QUENGUA
TELÉFONO O CELULAR: 3104017948
SERVICIO SOLICITADO: Otros Exámenes de Apoyo Diagnóstico - SSFM

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

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

Powered by CamScanner


CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.067.094.214

Apellidos
ESPITIA SEISA

Nombres
JORGE LUIS

Nacionalidad
COL

Estatura
1.82

Sexo
M

Fecha de nacimiento
08 JUL 1991

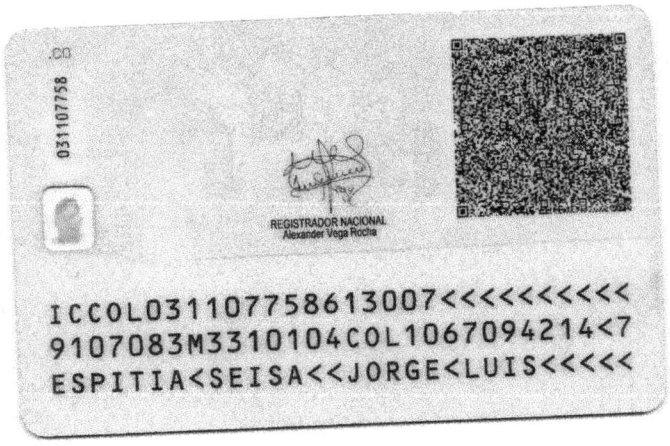
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BUENAVISTA (CORDOBA)

Fecha y lugar de expedición
10 SEPT 2009, BUENAVISTA

Firma
Jorge Luis Espitia

Fecha de expiración
10 OCT 2033


.CO

0311107758

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0311077586130O7<<<<<<<<<<
9107083M3310104COL1067094214<7
ESPITIA<SEISA<<JORGE<LUIS<<<<<

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:	47646	**Fecha Admisión:**	17/09/2024 08:54 AM	No. Folio:	57042	**Fecha Folio:**	17/09/2024 09:07 AM
Sede:	SEDE IPIALES			**Dirección:**	CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO	**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	JORGE LUIS ESPITIA SEISA	DOC. ID:	CC1067094214	**FECHA NAC:**	08/07/1981
EDAD:	43 años 2 meses 9 días	SEXO:	Masculino	**CIUDAD:**	IPIALES
BARRIO:		DIRECCIÓN:			
TELÉFONO:	3136891990 - 3156047585	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 Y CERCA 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: 20/20	**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

AUTOREFRACCIÓN

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Esférico: +0.25	**Esférico:** +0.25
cilindro: -0.25	**cilindro:** -0.50
Eje: 100	**Eje:** 99

Agudeza visual binocular: 20/20

Adición: -

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

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

Distancia Pupilar: 31/31

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
K1: 44.17	K1: 46.66
K2: 44.17	K2: 47.12
Eje: 0	Eje: 84

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: 0.25	Cilindro: -0.50
Eje: 100	Eje: 100

RX FINAL

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Esfera: N	Esfera: N
Cilindro: -0.25	Cilindro: -0.25
Eje: 90	Eje: 90
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: MENISCO LAGRIMAL DISMINUIDO	Aparato lagrimal /BUT: MENISCO LAGRIMAL DISMINUIDO
Conjuntiva: PTERIGION NASAL GRADO I	Conjuntiva: PTERIGION NASAL GRADO I
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 0.5	**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: NINGUNO

control: ANUAL

DIAGNÓSTICOS

CIE10	NOMBRE	SITIO	TIPO	CLASE	OBSERVACIONES
H522	ASTIGMATISMO	Bilateral	Impresión diagnostica	Principal	
H110	PTERIGION	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	
H048	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL APARATO LAGRIMAL	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	

ANÁLISIS Y PLAN

ANALISIS

PACIENTE REFIERE SENTIRSE COMODO CON SU VISION,NO SOLICITA LENTES AL MOMENTO, YA QUE PRESENTA BUENA VISION NO TIENE SINTOMATOLOGÍA QUE CORRESPONDA AL USO DE LENTES,CONTROL DE SEGUIMIENTO ANUAL

PLAN:
1/ ADAPTACION DE LENTES : NINGUNO
2/ TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: CARBOXIMETILCELULOSA 0.5% APLICAR UNA GOTA CADA 6 HORAS EN AMBOS OJOS
3/ SE REMITE A OFTALMOLOGIA- EXCAVACIONES ASIMETRICAS
4/ Se resuelven todas las dudas acerca del tratamiento, paciente reporta entender toda la información brindada.
CONTROL: ANUAL

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.