CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1COP 21245
Fecha de Expedición: 18/09/2024 12:08:07 P
Fecha de Vencimiento: 18/10/2024
Fecha de Generación: 18/09/2024 12:08:06 F

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:	PINZA PISCAL WILFREDO MANUEL	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	38 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1085251909
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:	MOCONDINO CASA 12	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	18/09/2024 12:08:06 PM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-05
AUTORIZACIÓN:	2602097	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-05
DIAGNÓSTICO:	H540	**PROFESIONAL:**	MAURICIO ESTEBAN NARVAEZ

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890276	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	38,500.00	0.00	0.00	38,500.00

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 860 028 580-2 Software fact-el

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:	38,500.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	38,500.00

SON: TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

Wilfredo Pinza Piscal
Paciente y/o acudiente

Elaboró: Lucy Marisol Aguirre Jaramillo

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

c16dd8b207c3477719bddbf80166e10077d02b943a07ffd2c4482902cb88524a5bf8e5d5805bc9efc0ae83badf5087ab

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1COP 21245
Fecha de Expedición: 18/09/2024 12:08:07 P
Fecha de Vencimiento: 18/10/2024
Fecha de Generación: 18/09/2024 12:08:06 F

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:	PINZA PISCAL WILFREDO MANUEL	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	38 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1085251909
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:	MOCONDINO CASA 12	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	18/09/2024 12:08:06 PM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-05
AUTORIZACIÓN:	2602097	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-05
DIAGNÓSTICO:	H540	**PROFESIONAL:**	MAURICIO ESTEBAN NARVAEZ

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890276	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	38,500.00	0.00	0.00	38,500.00

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

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:	38,500.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	38,500.00

SON: TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

Wilfredo Pinza Piscal
Paciente y/o acudiente

Elaboró: Lucy Marisol Aguirre Jaramillo

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

c16dd8b207c3477719bddbf80166e10077d02b943a07ffd2c4482902cb88524a5bf8e5d5805bc9efc0ae83badf5087ab

Fecha generación: 17/09/2024 08:32:35

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: AUT-2024-07-2602097 **FECHA SOLICITUD:** 7/24/24 1:53 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: WILFREDO MANUEL PINZA PISCAL
MUNICIPIO: PASTO
NOMBRE ENTIDAD: BATALLÓN DE ASPC NO. 23 "GR. RAMÓN ESPINA" - EJC
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: CS
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 1085251909
DEPARTAMENTO: NARIÑO
CODIGO ESM O UPGD: 520018300780
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: MARIA LILIA CORDOBA MUÑOZ
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Medicina General - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H540	CEGUERA DE AMBOS OJOS	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-2024-07-2602097	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	890276	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE DA GESTION A ESTA AUTORIZACION PREVIO VISTO BUENO DE DIRECCION DE ESM BAS 23 (SUJETO A AUDITORIA)SE ANEXA HISTORIA CLINICA DE PACIENTE

SERVACIÓN SOLICITUD: PACIENTE QUIEN REQUIERE CONTINUAR CONTRATAMIENTO POR ESPECIALISTA

FECHA DE VENCIMIENTO: 24/07/2025

AUTORIZADA POR:

JAIRO ANDRES HERNANDEZ GUACA
1144031074

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 24/07/2025

Wilfredo Pinza Piscal

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
HISTORIA CLÍNICA
EVOLUCION
OFTAMOLOGIA

FOLIO: 187

HISTORIA CLINICA: **1085251909** INGRESO: **2263398**

NOMBRE DEL PACIENTE: **WILFREDO MANUEL PINZA PISCAL** F. DE INGRESO: **15/07/15 17:14**

DATOS PERSONALES **FECHA DE REGISTRO:** 15/07/2015 17:14:22

Identificación: 1085251909 Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 24/08/1986 Edad en atención: 28 Años \ 10 Meses \ 21 Días Estado Civil: Soltero

Dirección: NO SABE Teléfono: SIN NUMERO

Procedencia: BOGOTA Ocupación: CABO SEGUNDO

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: FUERZAS MILITARES Régimen: Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: DGSM 2015 EJERCITO NACIONAL Nivel - Estrato: ESTRATO GENERAL

DATOS DEL INGRESO FOLIO N° 187 **(Fecha: 15/07/2015 05:14)**

Responsable: Teléfono Resp:

Dirección Resp: Nº Ingreso: 2263398 Fecha: 15/07/15 17:14:17

Finalidad Consulta: No_Aplica Causa Externa: Enfermedad_General

Cama :

SUBJETIVO

OCULOPLASTICA.
MC: CONTROL.
EA: SECUELAS TRAUMA OCULAR DERECHO CON DESORGANIZACION DE SEGMENTO ANTERIOR. TRAE ECOGRAFIA OCULAR QUE REPORTA DR EN EMBUDO CERRADO POSTEIOR Y ABIERTO ANTERIOR. ENGROSAMIENTO COROIDEO EN 360 GRADO II/III REGULAR CON TENDENCIA A LA CALCIFICACION. EVISCERACION OI CON RECONSTRUCCIN PALPEBRAL.

EXAMEN FISICO

AVOD: NPL. CAVIDAD ANOFTALMICA IZAUIERDA.
EXE: DESORGANIZACION DE SEGMENTO ANTERIOR OD. RECONSTRUCCION PALPEBRAL IZQUIERDA CON CONFORMADOR EN POSICION.
MOE: OD: DUCCIONES SIN RESRICCIONES.
BIO: OD: MARGENES PALPEBRALES SANOS, FONDO DE SACO SIN SECRECION, CONJUNTIVA BULBAR CON ATROFIA, DESORGANIZACION DE SEGMENTO ANTERIOR. OI: RECONSTRUCCION PALPEBRAL, CONFORMADOR EN POSICION.
RESTO NO VALORABLE.

SIGNOS VITALES

PA 1 / 1 FC 1 FR 1 T 1 SATURACION 1 GLASGOW 1 /15

PARACLINICOS Y ANALISIS

IDX: 1. CAVIDAD ANOFTALICA IZQUIERDA.
2. RECONSTRUCCION PALPEBRAL IZQ.
3. GLOBO OCULAR CON DESORGANIZACION DE SEGMENTO ANTERIOR.
4. DR EN EMBUDO CERRADO POSTERIOR OJO DERECHO

SE EXPLICA A PACIENTE POBRE PRONOSTICO VISUAL OJO DERECHO. SE SOLICITA POTENCIALES VISUALES. CONTROL CON RESULTADOS POR RETINA PARA DEFINIR PRONOSTICO DEACUERDO A ECOGRAFIA OCULAR.
SE EXPLICA POSIBILIDAD DE RECONSTRUCCION DE BORDE PALPEBRAL SUPERIOR E INFERIOR CON INJERTO DE VERMELLON.
SE DA BOLETA QUIRURGICA CONSENTIMIENTO. VALORACION ANESTESIA Y LABORATORIOS.
CONTROL CON RESULTADOS.
SE EXPIDE INCAPACIDAD MEDICA POR 30 DIAS A PARTIR DE 20 DE JULIO 2015.

PACIENTE REQUIERE CIRUGIA: NO **FECHA EN QUE REQUIERE CIRUGIA:**

DIAGNOSTICO

CODIGO	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
S058	OTROS TRAUMATISMOS DEL OJO Y DE LA ORBITA		☑	Presuntivo

LUIS A. RUIZ R.
OFTALMOLOGÍA
C.C. 79 354 821
T.P. 0113[illegible]0/93

Profesional: RUIZ ROBLES LUIS ALBERTO OFTALMOLOGIA Registro profesional: 79354821

Residente:

Relación Docencia / Servicio

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
HISTORIA CLÍNICA
EVOLUCION
OFTAMOLOGIA **FOLIO: 187**

HISTORIA CLINICA: **1085251909** INGRESO: **2263398**

NOMBRE DEL PACIENTE: **WILFREDO MANUEL PINZA PISCAL** F. DE INGRESO: **15/07/15 17:14**

Q111 OTRAS ANOFTALMIAS IZQUIERDA. ☐ Presuntivo

INDICACIONES MEDICAS

OBSERVACION

EXAMENES / PROCEDIMIENTOS SOLICITADOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA	.
CREATININA EN SUERO ORINA Y OTROS	.
GLUCOSA EN SUERO LCR OTROS FLUIDOS	.
PROTROMBINA TIEMPO PT	.
TROMBOPLASTINA TIEMPO PARCIAL PTT	.
PARCIAL DE ORINA INCLUIDO SEDIMENTO	.
RX TORAX PA O P A Y LATERAL REJA COSTAL	.

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
RECONSTRUCCION DE PARPADO CON COLGAJO O INJERTO DE MEMBRANA MUCOSA SOD	RECONSTRUCCION DE BORDE PALPEBRAL SUPERIUORE E INFERIOR CON INJERTO DE VERMELLON.

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	.

INTERCONSULTAS

Motivo
VALORACION PRE QX.

RECONSTRUCCION DE BORDE PALPEBRAL SUPERIOR E INFERIOR CON INJERTO DE VERMELLON. CAVIDAD ORBITARIA IZQUIERDA.

CONTROL CON RESULTADOS.
BOLETA QUIRURGICA. SELLOS.

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TRAUMA ORBITARIO DERECHO Y CAVIDAD ANOFTALMICA IZQUIERDA POR ARTEFACTO EXPLOSIVO.
EN EL MOMENTO CON AGUDEZA VISUAL OD: NPL OI: CAVIDAD ANOFTALMICA.
SE SOLICITA AUTORIZACION PARA REHABILITACION DE ADULTO CIEGO

Profesional: RUIZ ROBLES LUIS ALBERTO OFTALMOLOGIA Registro profesional: 79354821
Residente:
Relación Docencia / Servicio



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.085.251.909
PINZA PISCAL
APELLIDOS
WILFREDO MANUEL
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-AGO-1986
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
25-AGO-2004 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2300100-00718722-M-1085251909-20150703 0044677129A 1 38987472

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201
CARRERA 40A # 19B - 15, AV. PANAMERICANA, PASTO - NARIÑO PASTO - NARIÑO
3009126583

EXAMEN OFTALMOLOGICO -PRIMERA VEZ

No. Admisión:	45372	**Fecha Admisión:**	05/09/2024 02:09 PM	**No. Folio:**	53627	**Fecha Folio:**	05/09/2024 02:22 PM
Sede:	SEDE PRINCIPAL			**Dirección:**	CARRERA 40A #19B-15 TORRE PRAGA	**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	WILFREDO MANUEL PINZA PISCAL	**DOC. ID:**	CC1085251909	**FECHA NAC:**	24/08/1986
EDAD:	38 años 0 meses 12 días	**SEXO:**	Masculino	**CIUDAD:**	PASTO
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**	MOCONDINO CASA 12		
TELÉFONO:	3117560270 - 3117560270 - 3117560270	**OCUPACIÓN:**	No se tiene Información		
TIPO AFIL:	COTIZANTE **RÉGIMEN:** ESPECIAL	**PROFESIONAL:**	MAURICIO ESTEBAN NARVAEZ PENAFIEL		
EPS:	DISPENSARIO MEDICO DE CALI				
PLAN CONTR:	BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 DIGSA/DMCAL-2024				
ACUDIENTE:	VIVIANA JOJOA	**PARENTESCO:**		**TELÉF. ACUD:**	3176980411

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

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE ASISTE A CONSULTA REFIERE PRURITO AMBOS OJOS

C IOS:
- ANE CADA 6 HRAS AO
- SICCAFLUID CADA 6 HORAS AO
ÚLTIMO CAMBIO 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:** RECONSTRUCCIÓN DE PARPADO Y PROTESIS OJO IZQUIERDO HACE 9 AÑOS
Ocupación: NO	**Observaciones:** NA
Farmacológicos: NO	**Observaciones:** NA
Quirúrgicos: NO	**Observaciones:** NA
Alérgicos: SI	**Observaciones:** PENICILINA
Familiares: NO	**Observaciones:** NA
Patológicos: NO	**Observaciones:** NA
Otros: NO	**Observaciones:** NA

Examen Oftalmologico -Primera Vez

AGUDEZA VISUAL LEJANA

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Sin Correccion: No percibe luz	**Sin Correccion:** No percibe luz
Sin Correccion observacion: NA	**Sin Correccion observacion:** PROTESIS
Con Correccion: NA	**Con Correccion:** NA
Con Correccion observacion: NA	**Con Correccion observacion:** NA
Tipo: NA	**Tipo:** NA

AUTOREFRACTÓMETRO

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Esférico: NO DATO	**Esférico:** NO DATO

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 OFTALMOLOGICO -PRIMERA VEZ

Cilindro: NA	**Cilindro:** NA
Eje: NA	**Eje:** NA
PUPILAS	
Observación: MIDRIASIS FARMACOLOGICA	
BIOMICROSCOPIA	
OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Párpados: SANOS	**Párpados:** SANOS, LAGOFTALMOS,
Aparato lagrimal: PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE	**Aparato lagrimal:** PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE
Conjuntiva: TRANQUILA, CIRUGIA DE EVICERACION	**Conjuntiva:** CONJUNTIVA CON INFLAMACION EN BORDE DE PARPADO
Cornea: NO VALORABLE	**Cornea:** NO VALORABLE
Esclerotica: NO VALORABLE	**Esclerotica:** NO VALORABLE
Camara Anterior: NO VALORABLE	**Camara Anterior:** NO VALORABLE
Iris: NO VALORABLE	**Iris:** NO VALORABLE
Cristalino: NO VALORABLE	**Cristalino:** NO VALORABLE
Schimmer: NA	**Schimmer:** NO VALORABLE
FONDO DE OJO	
OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Vitreo: NO VALORABLE	**Vitreo:** NO VALORABLE
Papila (Nervio Óptico): NO VALORABLE	**Papila (Nervio Óptico):** NO VALORABLE
Macula: NO VALORABLE	**Macula:** NO VALORABLE
Vasos: NO VALORABLE	**Vasos:** NO VALORABLE
Retina: NO VALORABLE	**Retina:** NO VALORABLE

DIAGNÓSTICOS

CIE10	NOMBRE	SITIO	TIPO	CLASE	OBSERVACIONES
H540	CEGUERA BINOCULAR	Bilateral	Impresión diagnostica	Principal	
H022	LAGOFTALMOS	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	

ANÁLISIS Y PLAN

. ANALISIS Y PLAN
- PACIENTE CON CEGUERA BILATERAL SECUNDARIA A TRAUMA DE MINA ANTIPERSONA , EVICERACION DE AMBOS OJOS, CERTIFICO QUE TIENE CEGUERA TOTAL IRREVERSIBLE AMBOS OJOS, REQUIERE CAMBIO DE PROTESIS, CONSIDERO:

- SYSTANE APLICAR UNA GOTA CADA 6 HORAS EN AMBOS OJOS
- CIPROFLOXACINO + DEXAMETASONA UNGUENTO APLICAR SOBRE EL BORDE DE PARPADOS CADA 12 HORAS
- VALORACION OCULOPLASTIA

SE DAN INDICACIONES CUIDADOS RECOMENDACIONES MEDIDAS DE ALARMA, SE EXPLICA FORMULA DE MEDICAMENTO Y MANEJO A SEGUIR SE REALIZA CONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA

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

EXAMEN OFTALMOLOGICO -PRIMERA VEZ

PAREDES
Dr. Mauricio Narváez Peñafiel
CIRUJANO OFTALMOLOGO
R.M. 1332/2008

MAURICIO ESTEBAN NARVAEZ PENAFIEL
OFTALMOLOGO
Registro No.: 1332/2008

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