HOSPITAL DEPARTAMENTAL
FELIPE SUÁREZ E.S.E
SU BIENESTAR Y SALUD EN NUESTRAS MANOS

HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA
CALDAS
SALAMINA - CALDAS
NIT. 890801026 - 8
Tipo de Régimen: No Aplica
CL 3 # 9A 21 - 8595196
Código Prestador: 176530064601

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA
No. FEHF382362

CUFE:aedb514abc6c244edd6cc1065fb74bea1fcb17a005c1bb5041b69e0049a0b7f839d7bdc077b63d863c3b26fbe4e2f8fa

18764045384971 valida desde 2023-03-03 hasta 2024-03-02 Prefijo FEHF numeracion 200001 al 500000

FACTURAR A:	
NOMBRE :	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 - POLICIA
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT
NIT:	900339410
DIRECCIÓN:	Escuela Carabineros Manizales
TELÉFONO:	0
CIUDAD:	MANIZALES
PAÍS:	Colombia

NOMBRE:	HERNANDEZ LOAIZA LEIDY VANESSA
TIPO Y NO. DE ID DEL USUARIO:	- CC-1002938966
TIPO DE USUARIO:	Especiales o de Excepción cotizante
EDAD:	21 A
DIRECCIÓN:	CARRERA 4 -444
TELÉFONO:	3225581341
MUNICIPIO:	SALAMINA
UNIDAD FUNCIONAL:	2 - U.F SERVICIO AMBULATORIO
FECHA DE INGRESO Y EGRESO:	20240731 - 20240731
CÓDIGO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS	176530064601

MODALIDADES DE CONTRATACIÓN Y PAGO	COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS	NÚMERO DE CONTRATO	NÚMERO DE POLIZA	PAGOS COMPARTIDOS EN PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD	FECHA INICIO	FECHA FIN
12	13	86-5-20078-24			20240731	20240731

ORDEN SERV. O SUBFACTURA:	MÉDICO	ESPECIALIDAD	FECHA FACTURA	FECHA VENCIMIENTO	MONEDA	FORMA DE PAGO:
V05-109948	HOLGUIN HOYOS MARIA ANTONIA	MEDICINA_GENERAL	2024/08/01	2024/10/01	COP	Crédito Plazo 60 MEDIO DE PAGO: Acuerdo mutuo

ITEM	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	890201	CONSULTA DE 1ra VEZ POR MEDICINA GENERAL	1	UNIDAD	$49,400	$49,400

TOTAL ÍTEMS: 1

OBSERVACIONES: #$16-01-02-040;86-5-20078-24;carlos.gallego3070@correo.policia.gov.co#$

Facturado por:

VALOR EN LETRAS: CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS

El pago no oportuno de la presente factura de venta, causará intereses de mora a la tasa máxima legal establecida por la Superintendencia Financiera. El comprador del bien o beneficiario del servicio no podrá alegar falta de representación o indebida presentación por razón de la persona que reciba la mercancía o servicio en sus dependencias y suscriba la factura de venta, para efectos de la aceptación del título valor (Art. 2 ley 1231/08). La presente factura de venta tiene el carácter de título valor. Por cumplir con la totalidad de los requisitos legales señalados en el artículo (3) Ley 1231 /08, se aplicarán a la presente factura de venta en lo pertinente, las normas relativas a la letra de cambio (Art. 7 Ley 1231/08). La presente factura se asimila a una letra de cambio.

SUBTOTAL	$49,400.00
DESCUENTO	$0.00
IVA	$0.00
TOTAL	$49,400.00

Apreciado cliente este documento no es endosable

Fecha de recibido:

Nombre:

Identificacion:

Firma:_____

RECIBIDO CONFORME FIRMA Y SELLO DEL CLIENTE

PROVEEDOR TECNOLÓGICO: BTW S.A.S. NIT 900665411 - INFORMACIÓN FACTURACIÓN ERP:

Linea de negocio:

Fecha Generación Erp: 2024-08-01 04: 31:20 - Fecha Validación Dian: 2024-08-0105:10:49

© Copyright 2024. Documento creado por btw.com.co sujeto a condiciones y restricciones.

EMPRESA: HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA CAL
DIRECCIÒN : CL 3 # 9A 21
EMAIL: correspondencia@esefelipesuarez.gov.co
NIT: 890.801.026 8

FACTURA DE VENTA
NRO. 382362
PREFIJO:FEHF

FECHA EXP.:	Ago.01/2024 09:51		**F. VENCE:**	Oct.01/2024	
FORMA PAGO:	60 DIAS	**MED PAGO:** Acuerdo mutuo	**N.SOPORTE:**	V05 109948	
CONTRATANTE:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 -POLICIA		**No. SGSSS:**	176530064601	**NIT:** 900.339.410-8
TIPO:	ESPECIALES O DE EXCEPCION BENEFICIARIO		**MODALIDA:**	POR SERVICIO	**COBERTURA;** COBERTURA REGIMEN ESPECIAL O EXCEPCION
DIRECCION:	Escuela Carabineros Manizales		**TEL:**		

P.NOMBRE:	LEIDY	**S.NOMBRE**	VANESSA	**P.APELLIDO**	HERNANDEZ	**S.APELLIDO**	LOAIZA
FECHA INGRESO:	Jul.31/2024	**HORA**	15:20	**FCH. SALIDA:**	Jul.31/2024	**HORA**	15:20
FECHA REMISION:	Jul.31/2024			**CODIGO:**	5.001	**ESTRATO:**	
MUNICIPIO:	SALAMINA			**EDAD:**	21 Años	**No. HISTORIA:**	99 1002938966
AFILIADO:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3			**No. AFILIADO:**		**TELEFONO:**	3225581341
UNID FUNCIONAL:	U.F SERVICIO AMBULATORIO			**ESPECIALIDAD:**	MEDICINA_GENERAL	**AUTORIZA:**	8017922
No. DE POLIZA:				**FCH. REAL ING.:**	Jul.31/2024		
DIAGNOSTICO	F429					**MEDICO:**	HOLGUIN HOYOS MARIA ANTONIA
CONTRATO:	86-5-20078-24						

CODIGO	No.	No CR	DESCRIPCION	UNIDAD	CANT.	VR. UNIT.	VALOR TOTAL
990201	0000	01	CONSULTA DE 1ra VEZ POR MEDICINA GENERAL Autorizacion: 8017922	unidad	1	49,400.00	49,400.00

VALOR TOTAL SERVICIOS CUBIERTOS:		**TOT LINEAS**	1	→	49,400.00
MENOS EL VALOR PAGADO POR:	HERNANDEZ LOAIZA LEIDY VANESSA			→	0.00
EL TOTAL A PAGAR POR:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 -POLICIA			→	49,400.00

SON: CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS M.L.

OBSERVACIONES: -1

ELABORADO	FIRMA PACIENTE		RECIBI	RESPONSABLE HOSPITAL
KATERINE RIOS MORENO				NUEVO Software de Xenco S.A. Nit: 811.009.452-9 P.T. DISPAPELES S.A.S. Nit: 860.028.580

AGENTE RETENEDOR DE IVA A REGIMEN COMÚN - ENTIDAD NO CONTRIBUYENTE - SERVICIOS DE SALUD EXCLUIDOS DE IVA
ESTA FACTURA DE COMPRAVENTA SE ASIMILA PARA TODOS SUS EFECTOS LEGALES A UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 COD. DE CCIO) Y CAUSARÁ INTERESES MORATORIOS A LA TASA MÁXIMA LEGAL AUTORIZADA

EMPRESA: HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA CAL
DIRECCION : CL 3 # 9A 21
EMAIL: correspondencia@esefelipesuarez.gov.co
NIT: 890.801.026 8
No. SGSSS:176530064601

ORDEN DE SERVICIO
NRO: V05 109948

FECHA EXP.:	Jul.31/2024 15:01	**F. VENCE:**	Jul.31/2024
CONTRATANTE:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 -POLICIA	**NIT:**	900.339.410-8
DIRECCION:	Escuela Carabineros Manizales	**TEL:**	
MODALIDA:	POR SERVICIO	**CODIGO:**	5.001
COBERTURA:	COBERTURA REGIMEN ESPECIAL O EXCEPCION		
FORMA PAGO:	PLAZO 30 DIAS	**MED PAGO:**	Acuerdo mutuo

P.APELLIDO	HERNANDEZ	**S.APELLIDO**	LOAIZA	**P.NOMBRE:**	LEIDY
S.NOMBRE	VANESSA				
ID:	CC 1002938966			**EDAD:**	21 Años
ESTRATO:					
MUNICIPIO:	SALAMINA			**TELEFONO:**	3225581341
TIPO:	ESPECIALES O DE EXCEPCION BENEFICIARIO				
N.SOPORTE:	V05 109948			**No. HISTORIA:**	99 1002938966
FECHA INGRESO:	Jul.31/2024	**HORA**	15:20	**FCH. SALIDA:**	Jul.31/2024
HORA	15:20				
FECHA REMISION:	Jul.31/2024	**FCH. REAL ING.:**	Jul.31/2024	**UNID FUNCIONAL:**	U.F SERVICIO AMBULATORIO
MEDICO:	HOLGUIN HOYOS MARIA ANTONIA			**ESPECIALIDAD:**	MEDICINA_GENERAL
AUTORIZACION:				**No. DE POLIZA:**	
DIAGNOSTICO:				**CONTRATO:**	86-5-20078-24

CODIGO	No.	No CR	DESCRIPCION	UNIDAD	CANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
890201	0000	01	CONSULTA DE 1ra VEZ POR MEDICINA GENERAL	unidad	1	49,400.00	49,400.00

HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ E.S.E.
SU BIENESTAR Y SALUD EN NUESTRAS MANOS
ORDEN DE SERVICIO
SÓLO SOPORTA FIRMA DE USUARIO

VALOR TOTAL SERVICIOS CUBIERTOS:		**TOT LINEAS**	1	49,400.00
MENOS EL VALOR PAGADO POR:	HERNANDEZ LOAIZA LEIDY VANESSA			0.00
EL TOTAL A PAGAR POR:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 -POLICIA			49,400.00

SON: CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS M.L.

OBSERVACIONES:

KATERINE RIOS MORENO	Vanessa Hernandez				
ELABORADO	**FIRMA PACIENTE**		**RECIBI**		**RESPONSABLE HOSPITAL**

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

DIRECCION DE SANIDAD

AUTORIZACION DE SERVICIOS EN SALUD

Número de Autorización 8017922 **Fecha y Hora de Elaboración (Dia/Mes/Año)** 24/7/2024 15:42:02

Información del Prestador

Nombre	HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE	**Identificación Prestador**	890801026
Departamento	CALDAS	**Municipio**	SALAMINA
Dirección	CL3 9A 21 SALAMINA CALDAS	**Teléfono**	968595306

Información del Paciente

Nombre	LEIDY VANESSA HERNANDEZ LOAIZA	**Identificación Paciente**	1002938966
Departamento	CALDAS	**Municipio**	SALAMINA
Dirección	CALLE 2 N° 8--54 BARRIO EMPLEADOS	**Teléfono**	
Fecha de Nacimiento	23/3/2003		

Servicio(s) Autorizado(s)

Código CUPS	Nombre CUPS	Cantidad
890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	1

Datos de Internación

Fecha Desde	Fecha Hasta

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización	Consulta Externa
Observaciones	PACIENTE QUIEN REQUIERE CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-5-200078-24.

Datos Funcionario que Autoriza el Servicio

Nombre	ALFONSO POSADA PICO
Registro Médico	0
Cargo	APOYO REFERENCIA
Teléfono	

IMPORTANTE : Autorización válida por 90 días. Sujeta a Auditoría de Cuentas Médicas.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.002.938.966**

HERNANDEZ LOAIZA

APELLIDOS

LEIDY VANESSA

NOMBRES

Vanessa H.L

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-MAR-2003**

SALAMINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | **A-** G.S. RH | **F** SEXO

24-MAR-2021 SALAMINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0910900-01225780-F-1002938966-20210331 0073972503A 1 8501788974

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL



CC 1002938966 CASUR
Documento de Identificación

HERNANDEZ LOAIZA
Apellidos

LEIDY VANESSA
Nombres

HIJO(A)
Parentesco con Titular

23-MAR-2028 CC15962183
Fecha de Vencimiento Titular

NIVEL EJECUTIVO (R)
Categoria del Titular



23-MAR-2003 388924186
Fecha de nacimiento Numero de carné

A + F
GS.Rh Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO

	HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA CALDAS Nit: 890.801.026-8				
	HISTORIA CLINICA DE: AMBULATORIA		Atencion:		6
			Fecha:		Jul.31/2024
Nombre:	HERNANDEZ LOAIZA LEIDY VANESSA	Edad:	21 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3225581341	Estrato:	OTRO-		
Historia:	1002938966	Id:	CC 1.002.938.966		
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	15:09		
Entidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN S				

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: MOTIVO DE CONSULTA: " ME FALTAN MIS MEDICAMENTOS "

ANTECEDENTES PERSONALES:
- PATOLÓGICOS: TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO
- FARMACOLÓGICOS: SERTRALINA 100 MG X2
- QUIRÚRGICOS: NIEGA
- ALÉRGICOS: NIEGA
- TÓXICOS: NIEGA
- INMUNOLÓGICOS: 2 VACUNAS CONTRA SARS COV 2

Enfermedad Actual: PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, PROCEDENTE DE SALAMINA AREA URBANA, ACUDE SOLA, REFIERE REQUIERE MEDICACION DE BASE. SE MANIFIESTA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, NIEGA CRISIS ASOCIADAS A PATOLOGIA DE BASE. HABITO URINARIO Y GI NORMAL, PATRON DE SUEÑO CONSERVADO. NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS. REFIERE HACE MAS DE 2 AÑOS NO HA SIDO VALORADA POR PSIQUIATRIA.

Revision por Sistemas: NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, URINARIOS, GASTROINTESTINALES, METABOLICOS, NEUROLOGICOS, CARDIOVASCULARES U OTROS ASOCIADOS

Antecedentes:

Personales: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Familiares: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Psico-Sociales: **NO REFIERE NINGUN ANTECEDENTE**

Ginecologicos: Parto Multiple: NO, Gestas: 0, Partos: 0, Abortos: 0, Vaginales: 0, Cesareas: 0, Nac. Vivos: 0, Muertos: 0, Viven: 0, Mueren 1 S: 0, Mueren D1 S: 0, Nacidos con peso < 2.500 gr: 0, Nacidos con peso > 4.000 gr: 0, Planifica con: , Fecha Ultimo Embarazo: Jul.00/0000, Trimestre Embarazo: ** NO EXISTE, Ciclo Mestrual: , Fecha ultima citologia: Jul.00/0000, Proxima citologia: Jul.00/0000, Resultado de la citologia: , Observaciones resultado: , Fecha ultima mestruacion: Jul.00/0000, Fecha de parto: Jul.00/0000, Menarca: 0, Observaciones Generales: .

Examen Fisico:

Estado General: PACIENTE EN APARENTES ESTABLES CONDICIONES GENERALES DE SALUD, ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN INESTABILIDAD HEMODINAMICA.
ESCLERAS ANICTÉRICAS CON PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ. MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS.
CUELLO MÓVIL, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI ADENOPATÍAS, SIN INGURGITACIÓN YUGULAR NI SOPLOS CAROTÍDEOS.
TÓRAX SIMÉTRICO, EXPANDIBLE, NO DOLOROSO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN TODOS LOS CAMPOS DE AUSCULTACIÓN, SIN EVIDENCIA DE RUIDOS SOBRE AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, SINCRÓNICOS CON EL PULSO, SIN EVIDENCIA DE S3 NI GALOPE.
ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÒN, SIN MASAS NI MEGALIAS PALPABLES, PERISTALTISMO CONSERVADO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, FUERZA CONSERVADA EN MIEMBROS, EXTREMIDADES NO DOLOROSAS, SIN ALTERACIÓN EN LOS ARCOS DE MOVILIDAD, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS,
GLASGOW 15/15, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS ADECUADOS SIN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA, SIN ALTERACIONES EN PARES CRANEALES EVIDENTES AL EXAMEN FÍSICO, SIN DÉFICIT SENSITIVO NI MOTOR.
PIEL SIN CIANOSIS NI DIAFORESIS.

Signos Vitales: Peso: 75.00 KG Kg, Talla: 164 Mts, IMC: 27.88, Clasificacion: Sobrepeso, Riegos: Aumentado, Pulso: 70 Xm, Frecuencia Cardiaca: 0 Xm, Ritmo Cardiaco: NORMAL, Frecuencia Respiratoria: 18, P.Sistolica: 110, P.Diastolica: 65, P.Arterial Media: 80, Temperatura: 36, Sitio de toma: AXILAR.

Aparatos y Sistemas: PIEL Y FANERAS: NORMAL,. CABEZA: NORMAL,. OJOS: NORMAL,. OIDOS: NORMAL,. BOCA: NORMAL,. GARGANTA: NORMAL,. CUELLO: NORMAL,. TORAX: NORMAL,. SIST.RESPIRATORIO: NORMAL,. SIST.CARDIOVASCULAR: NORMAL,. SIST.VASCULAR PERIFERICO: NORMAL,. ABDOMEN: NORMAL,. SIST.GENITOURINARIO:

NORMAL,. TACTO VAGINAL: NORMAL,. TACTO RECTAL: NORMAL,. SIST.LOCOMOTOR: NORMAL,. SIST.NEUROLOGICO: NORMAL,. EX.GANGLIONAR: NORMAL,. EX.MENTAL: NORMAL,. OTROS: NORMAL,. NARIZ: NORMAL,

Paraclinicos:

Laboratorio: EXAMEN: HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITO:HEMOGRAMA NORMAL SIN ALTERAICON EN 3 LINEAS CELULARES
EXAMEN: CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS:FUNCION RENAL NORMAL
EXAMEN: UROANALISIS:UROANALISIS NORMAL

Otros: NO PRESENTA

Concepto Medico: PACIENTE FEMENINA ADULTA JOVEN CON AP ANOTADOS, EN EL MOMENTO ESTABLE CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE, SIGNOS VITALES NORMALES, AFEBRIL, INGRESA CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS NO ALGICO, SIN ALTERACIONES DE LA MARCHA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION, TOLERANDO LA VIA ORAL, ALERTA, CONSCIENTE Y ORIENTADO, INTERACTUANDO CON EL MEDIO, ACTIVO, GLASGOW 15/15, BUEN ASPECTO GENERAL DE SALUD, SIN SINGOS DE FOCALIZACION NEUROLGICA, SIN ALTERACION MOTRIZ, SENSITIVA NI DEL LENGUAJE, AL EXAMEN FISICO Y MENTAL SIN HALLAZGOS DE RELEVANCIA NI ALTERACIONES. SE REFORMULA MEDICACION DE BASE Y SE REDIRECCIONA A PSIQUIATRIA PARA CONTROL. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA. SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Diagnostico: Dx.Principal: F429-TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, NO ESPECIFICADO, Dx.Relacionado1: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado2: ** NO PRESENTA **, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Finalidad: Fuente de información: , Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

Conductas: Se envia:

ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 116901 - Jul.31/2024
1. SERTRALINA 50 MG - TABLETA, Via:ORAL, Cantidad:90, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA DIA EN LA MAÑANA POR 90 DIAS.

RECOMENDACIONES - W10 108779 - Jul.31/2024
1.
SIGNOS DE ALARMA
FIEBRE QUE NO CEDE AL ACETAMINOFÉN, DOLOR DE CABEZA INTENSO, DOLOR U OPRESION TORACICA, SENSASION DE ASFIXIA, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, VOMITO PERSISTENTE O EN PROYECTIL, DIARREA ABUNDANTE/PERSISTENTE/CON MOCO O SANGRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SANGRADOS, PÉRDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CONVULSIONES, DETERIORO RÁPIDO DEL ESTADO GENERAL O CUALQUIER OTRO QUE PREOCUPE

SE PROMUEVEN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, DIETA BALANCEADA, EJERCICIO FISICO REGULAR Y AUEMNTAR INGESTA DE LIQUIDOS PRINCIPALMENTE AGUA A MINIMO 2 LTS AL DIA, EVITAR TOXICOS COMO CIGARRILLO O ALCOHOL.

INTERCONSULTA - W12 54430 - Jul.31/2024
SS SEGUIMIENTO PTE CON DX DE TOC SIN VALORACIONES RECIETNES