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. FEHF382363

CUFE:2d94b1aadc6c40cd7f0b77b606031ddc33fe2b8c1204ff47e456db12dcba295b24245eb95d89d44645b19063636cf85e

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 SAMUEL ANDRES
TIPO Y NO. DE ID DEL USUARIO:	- TI-1061278950
TIPO DE USUARIO:	Especiales o de Excepción cotizante
EDAD:	16 A
DIRECCIÓN:	EL ALTO
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:
V05-109954	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: 31:23 - Fecha Validación Dian: 2024-08-0105:10:52

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

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

FACTURA DE VENTA
NRO. 382363
PREFIJO:FEHF

FECHA EXP.: Ago 01/2024 09:08 **F. VENCE:** Oct.01/2024
FORMA PAGO: 60 DIAS **MED PAGO:** Acuerdo mutuo **N.SOPORTE:** VDS 109954
CONTRATANTE: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No 3 -POLICIA **No. SGSSS:** 176530064601 **NIT:** 900.339.410-8
TIPO: **MODALIDA:** POR SERVICIO **COBERTURA:** COBERTURA REGIMEN ESPECIAL O EXCEPCION
DIRECCION: Escuela Carabineros Manizales **TEL:**

P.NOMBRE: SAMUEL **S.NOMBRE** ANDRES **P.APELLIDO** HERNANDEZ **S.APELLIDO**
FECHA INGRESO: Jul.31/2024 **HORA** 15:40 **FCH. SALIDA:** Jul.31/2024 **HORA** 15:40 **ID:** TI 1061278959
FECHA REMISION: Jul.31/2024 **CODIGO:** 5 001 **ESTRATO:**
MUNICIPIO: SALAMINA **EDAD:** 16 Años **No. HISTORIA:** 99 1061278959
AFILIADO: REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD Nc 3 **No. AFILIADO:** **TELEFONO:** 3225581341
UNID FUNCIONAL: U.F SERVICIO AMBULATORIO **ESPECIALIDAD:** MEDICINA_GENERAL **AUTORIZA:** 8020963
No. DE POLIZA: **FCH. REAL ING.:** Jul.31/2024
DIAGNOSTICO M796 **MEDICO:** HOLGUIN HOYOS MARIA ANTONIA
CONTRATO: 86-5-20078-24

CODIGO	No.	No CR	DESCRIPCION	UNIDAD	CANT.	VR. UNIT.	VALOR TOTAL
890201	0000	01	CONSULTA DE 1ra VEZ POR MEDICINA GENERAL Autorizacion: 8020963	unidad	1	49,400.00	49,400.00

VALOR TOTAL SERVICIOS CUBIERTOS:	**TOT LINEAS** 1	→	49,400.00
MENOS EL VALOR PAGADO POR:	HERNANDEZ SAMUEL ANDRES	→	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: 810.028.580

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 COL. DE CCIO) Y CAUSARA 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 109954

FECHA EXP.:	Jul.31/2024 15:32	**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**	**P.NOMBRE:** SAMUEL	**S.NOMBRE**	ANDRES
ID:	TI 1061278950		**EDAD:** 16 Años	**ESTRATO:**	
MUNICIPIO:	SALAMINA		**TELEFONO:** 3225581341		
TIPO:					
N.SOPORTE:	V05 109954		**No. HISTORIA:** 99 1061278950		
FECHA INGRESO:	Jul.31/2024	**HORA** 15:40	**FCH. SALIDA:** Jul.31/2024	**HORA**	15:40
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 SUAREZ 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 SAMUEL ANDRES		→	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					
ELABORADO	**FIRMA PACIENTE**		**RECIBI**		**RESPONSABLE HOSPITAL**

POLICIA NACIONAL DE COLOMBIA
DIRECCION DE SANIDAD
FORMATO ÚNICO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Código de Atención: 8020963 **Fecha y hora de elaboración:** 25/7/2024 08:26:03

Información del prestador:

Nombre: 890801026 - HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUÁREZ ESE

Departamento: CALDAS **Municipio:** SALAMINA

Dirección: CL3 9A 21 SALAMINA CALDAS **Teléfono:** 968595306

Información del paciente:

Nombre: SAMUEL ANDRES HERNANDEZ LOAIZA

Departamento: CALDAS **Identificación:** 1061278950

Municipio: SALAMINA **Municipio:** SALAMINA

Fecha de Nacimiento: 27/2/2008 **Teléfono:** 3115075840

Servicios autorizados:

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

25/07/2024 1:00:00 a. m. **25/07/2024 11:59:00 p. m.**

Observaciones:

PACIENTE QUE REQUIERE CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL,SUJETA A VERIFICACION MEDICA. Esta Autorización tiene respaldo presupuestal mediante el Contrato 086-5-200078-24

Datos funcionario que autorizó el servicio:

Nombre: Carlos Mario Gallego

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

AUTORIZACIÓN ORIGINAL

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

TI 1061278950 CASUR
Documento de Identificación

HERNANDEZ LOAIZA
Apellidos

SAMUEL ANDRES
Nombres

HIJO(A)
Parentesco con Titular

27-FEB-2026 CC15962183
Fecha de Vencimiento Titular

NIVEL EJECUTIVO (R)
Categoria del Titular





27-FEB-2008
Fecha de nacimiento

388965478
Numero de carné

O +
GS.Rh

M
Sexo

VALIDO PARA ACCEDER A LOS
SERVICIOS A QUE TENGA DERECHO

INDICE DERECHO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.061.278.950**
HERNANDEZ LOAIZA
APELLIDOS
SAMUEL ANDRES
NOMBRES

Samuel Andres
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-FEB-2008
SALAMINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

27-FEB-2026 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

07-ENE-2016 SALAMINA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0910900-00764659-M-1061278950-20160128 0046103075A 1 44727183

HOSPITAL DEPARTAMENTAL FELIPE SUAREZ E.S.E. SALAMINA CALDAS	HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA CALDAS Nit: 890.801.026-8		
	HISTORIA CLINICA DE: AMBULATORIA	Atencion:	4
		Fecha:	Jul.31/2024

Nombre:	HERNANDEZ SAMUEL ANDRES	Edad:	16 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3225581341	Estrato:	PARTICULAR-		
Historia:	1061278950	Id:	TI 1061278950		
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	15:55		
Entidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN S				

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: MOTIVO DE CONSULTA: " TIENE DOLOR EN LAS PIERNAS "

ANTECEDENTES PERSONALES:
- PATOLÓGICOS: MIGRAÑANA ?? NO ESPECIFICADA SIN REINCIDENCIAS DESDE HACE 2 AÑOS
- FARMACOLÓGICOS: NIEGA
- QUIRÚRGICOS: NIEGA
- ALÉRGICOS: NIEGA
- TÓXICOS: NIEGA
- INMUNOLÓGICOS: 2 VACUNAS CONTRA SARS COV 2

Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, PROCEDENTE DE SALAMINA AREA URBANA, ACUDE EN COMPAÑIA DE NIDIA LOAIZA - MADRE, REFIERE CUADRO CLINICO DE 4 MESES DE EVOLUCION DE DOLOR A NIVEL DE PIERNAS DE MIEMBROS INFERIORES, NIEGA PARESIAS, NIEGA PARESTESIAS, NIEGA EDEMAS, NIEGA CALOR LOCAL O CAMBIOS DE COLORACION. NIEGA OTROS SINTOMAS ASOCIADOS. SE MANIFIESTA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, 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**

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: ** Kg, Talla: Mts, IMC: 0, Clasificacion: Bajo Peso, Riegos: Desnutricion, Pulso: 67 Xm, Frecuencia Cardiaca: 0 Xm, Ritmo Cardiaco: NORMAL, Frecuencia Respiratoria: 19, P.Sistolica: 100, P.Diastolica: 65, P.Arterial Media: 76.66, 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 RECTAL: NO EVALUADO. SIST.LOCOMOTOR: NORMAL,. SIST.NEUROLOGICO: NORMAL,. EX.GANGLIONAR: NORMAL,. EX.MENTAL: NORMAL,. OTROS: NORMAL,. NARIZ: NORMAL,.

Paraclinicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Pagina: 1 de 2 Imprime: FAC43	Medico:HOLGUIN HOYOS MARIA ANTONIA Especialidad: MEDICINA_GENERAL	Firma
Fecha Sistema:01/08/2024 Hora:13:15:05	Cedula: 1.125.250.818 Registro:	

	HOSPITAL DPTAL FELIPE SUAREZ ESE SALAMINA CALDAS Nit: 890.801.026-8				
	HISTORIA CLINICA DE: AMBULATORIA		Atencion:		4
			Fecha:		Jul.31/2024
Nombre:	HERNANDEZ SAMUEL ANDRES	Edad:	16 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3225581341	Estrato:	PARTICULAR-		
Historia:	1061278950	Id:	TI 1061278950		
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	15:55		
Entidad:	REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN S				

Otros: NO PRESENTA

Concepto Medico: PACIENTE ADOLESCENTE CON AP Y CUADRO 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 SIN HALLAZGOS DE RELEVANCIA NI ALTERACIONES, EXTREMIDADES MOVILES SIMETRICAS SIN EDEMAS, SIN LESIONES, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERTVADOS, ROT PRESENTES. CONSIDERO PACIENTE EN FASE DE CRECIMIENTNO RAPIDO CON DOLOR ASOCIADO AL MISMO. SE FORMULA MEDICACION ANALGESICA. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA. SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Diagnostico: Dx.Principal: M796-DOLOR EN MIEMBRO, 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: OTRA, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

Conductas: Se envia:

ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 116908 - Jul.31/2024

1. DICLOFENACO - GEL 1%, Via:TOPICO, Cantidad:3, Dosis:APLICAR 1 TOPICACION CADA 12 HORAS POR 20 DIAS.
2. IBUPROFENO 400 MG - TABLETA, Via:ORAL, Cantidad:20, Dosis:TOMAR 1 TABLETA CADA 6 HORAS POR 5 DIAS SI DOLOR INTENSO.
3. ACETAMINOFEN 500 MG - TABLETAS, Via:ORAL, Cantidad:56, Dosis:TOMAR 2 TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS SI DOLOR INTENSO.

RECOMENDACIONES - W10 108786 - 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.