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 19612
Fecha de Expedición: 04/09/2024 7:09:05 AM
Fecha de Vencimiento: 04/10/2024
Fecha de Generación: 04/09/2024 7:09:03 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:	REVELO CHAVES ANTONIO MARIA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	89 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	2274514
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:	CUASPUD	**PROCEDENCIA:**	IPIALES
FECHA FACTURA:	04/09/2024 7:09:03 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-04
AUTORIZACIÓN:	2769262	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-04
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

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:	28,000.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	28,000.00

SON: VEINTIOCHO MIL PESOS M/CTE

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

4deca0687284b8b8b5893777a7df0a706f989211f961eebac25f181537d2b2b0fe74b3faf88c17b762a52941da2020f1

Proveedor Tecnológico: dsparedes S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software fact-eir

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 19612
Fecha de Expedición: 04/09/2024 7:09:05 AM
Fecha de Vencimiento: 04/10/2024
Fecha de Generación: 04/09/2024 7:09:03 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:	REVELO CHAVES ANTONIO MARIA	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	89 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	2274514
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:	CUASPUD	**PROCEDENCIA:**	IPIALES
FECHA FACTURA:	04/09/2024 7:09:03 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-04
AUTORIZACIÓN:	2769262	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-04
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

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:	28,000.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	28,000.00

SON: VEINTIOCHO MIL PESOS M/CTE

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

4deca0687284b8b8b5893777a7df0a706f989211f961eebac25f181537d2b2b0fe74b3faf88c17b762a52941da2020f1

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

Fecha generación: 05/08/2024 17:13:15

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD: SSERV-2024-08-1491085 **FECHA SOLICITUD:** 8/5/24 5:13 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: ANTONIO MARIA REVELO CHAVES
DOCUMENTO: 2274514
MUNICIPIO: CUASPUD
DEPARTAMENTO: NARIÑO
NOMBRE ENTIDAD: GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ
CODIGO ESM O UPGD: 523568300880
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO: Activo
GRADO: SP
FUERZA: EJC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: ANGELA YESENIA LOPEZ QUENGUA
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: RIAS por Medicina General (CE) - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H353	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

EPS/IPS DESTINO: CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES SAS
CODIGO ESM O UPGD: 5200100292-01
NÚMERO DE CONTRATO: 198 DIGSA/DMCAL-2024
DIRECCIÓN: KR 42 # 18A - 56 OFICINA 505 Pasto - Nariño
TELÉFONO: 3002053112
DEPARTAMENTO: NARIÑO
MUNICIPIO: PASTO

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-08-2769259	TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	951902	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

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: SE REALIZA GESTION ORDEN MEDICA DE FECHA 25/07/2024 CUPS 951902 TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR MACULA AMOBOS OJOS - SOLICITADO POR DR --MAYRA MILLENY VERGEL HERNANDEZ - CON ESPECIALIDAD EN --Oftalmologia PACIENTE ADSCRITO A GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" – EJC
FECHA DE VENCIMIENTO: 05/08/2025

AUT-2024-08-2769260	ANGIOGRAFÍA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	951203	Oftalmologia (CE) - SSFM	2	Autorizado	No aplica

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: SE REALIZA GESTION ORDEN MEDICA DE FECHA 25/07/2024 CUPS 951203 ANGIOGRAFÍA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO CCT NERVIO OPTICO AMBOS OJOS - SOLICITADO POR DR --MAYRA MILLENY VERGEL HERNANDEZ - CON ESPECIALIDAD EN --Oftalmologia PACIENTE ADSCRITO A GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" – EJC
FECHA DE VENCIMIENTO: 05/08/2025

AUT-2024-08-2769261	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	890202	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

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: SE REALIZA GESTION ORDEN MEDICA DE FECHA 25/07/2024 CUPS 890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS EN RETINA - SOLICITADO POR DR --MAYRA MILLENY VERGEL HERNANDEZ - CON ESPECIALIDAD EN --Oftalmologia PACIENTE ADSCRITO A GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" – EJC
FECHA DE VENCIMIENTO: 05/08/2025

Fecha generación: 05/08/2024 17:13:16

AUT-2024-08-2769262	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA	890207	Optometria (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica	

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: SE REALIZA GESTION ORDEN MEDICA DE FECHA 25/07/2024 CUPS 890207 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA - SOLICITADO POR DR --MAYRA MILLENY VERGEL HERNANDEZ - CON ESPECIALIDAD EN –Oftalmologia PACIENTE ADSCRITO A GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" – EJC
FECHA DE VENCIMIENTO: 05/08/2025

AUTORIZADA POR:

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
1085897168

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
Dirección General de Sanidad Militar

Autorizaciones
Código:
Proceso:
Vigente a partir de: Página 2 de 2

Fecha generación: 05/08/2024 17:13:16

AUT-2024-08-2769262 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA 890207 Optometria (CE) - SSFM 1 Autorizado No aplica

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: SE REALIZA GESTION ORDEN MEDICA DE FECHA 25/07/2024 CUPS 890207 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA - SOLICITADO POR DR --MAYRA MILLENY VERGEL HERNANDEZ - CON ESPECIALIDAD EN –Oftalmologia PACIENTE ADSCRITO A GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" – EJC
FECHA DE VENCIMIENTO: 05/08/2025

AUTORIZADA POR:

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
1085897168

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201

CARRERA 40A # 19B - 15, AV. PANAMERICANA, PASTO - NARIÑO PASTO - NARIÑO

3009126583

CONSULTAS/EXAMEN/PROCEDIMIENTO No. 40505 Fecha 2024-07-25

PACIENTE:	ANTONIO MARIA REVELO CHAVEZ	DOC. ID:	CC2274514	FECHA NAC:	19/07/1936
EDAD:	88 años 0 meses 0 días	SEXO:	Masculino	CIUDAD:	IPIALES
BARRIO:		DIRECCIÓN:	CUASPUD		
TELÉFONO:	3108402910 - 3164456167 - 3128374880	OCUPACIÓN:	No se tiene Información		
TIPO AFIL:	BENEFICIARIO RÉGIMEN: ESPECIAL	PROFESIONAL:	MAYRA MILLENY VERJEL HERNANDEZ		
EPS:	DISPENSARIO MEDICO DE CALI				
PLAN CONTR:	BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 DIGSA/DMCAL-2024				
ACUDIENTE:	DOLLY REVELO	PARENTESCO:		TELÉF. ACUD:	3108402910
DIAGNÓSTICO:	H353 - DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO, Sitio: Bilateral				

PROCEDIMIENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	SITIO	CANTIDAD	INDICACIÓN	CIE10 REL	FECHA/HORA
951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR BILATERAL	Bilateral	2	MACULA AMBOS OJOS	H353	25/07/2024 12:34
951203	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	Bilateral	2	OCT NERVIO OPTICO AMBOS OJOS	H353	25/07/2024 12:35
890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS RETINA	NoAplica	1	RETINA	H353	25/07/2024 12:36
890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	NoAplica	1		H353	25/07/2024 12:36
890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	NoAplica	1	CON RESULTADOS EN 3 MESES	H353	25/07/2024 12:36

MAYRA MILLENY VERJEL HERNANDEZ
OFTALMOLOGO
Registro No.: 54 434

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR
VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

CARNET DE SERVICIOS DE SALUD

NoC.C.2274514 EJC

SP
REVELO CHAVES ANTONIO MARIA

Unidad de Atención. 2008-GRUPO DE CAB. MEC. 03 CABAL
Usuario: (01)
Expedición: 01/09/2001 Vence: INDEFINIDO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
2.274.514
NUMERO
REVELO CHAVES
APELLIDOS
ANTONIO MARIA
NOMBRES



FIRMA

OBSERVACIONES

ESTE CARNET ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE CONTIENE HISTORIA CLINICA DEL USUARIO, QUIEN ES RESPONSABLE DEL BUEN USO.

Documento válido para uso Servicios Salud F.F. M.M. Según lo establece ley 352/97.
Debe presentar Documento de Identidad.
En caso de perdida por favor informar a la respectiva Dirección de Sanidad Militar en el termino de 48 horas.
Si este carnet es encontrado por favor informar a los teléfonos:
2 222616, 3 466827 y 2 556613 de BOGOTA.
Tel: Atención al Usuario Línea: 9800 - 19955

A 135172



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1935
CUASPUD
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.73 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO
06-ABR-1961 CUNDAY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADURIA NACIONAL

A-2303400-53128551-M-0002274514-20050520 05015 05140N 02 189740583

Powered by CamScanner

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA 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

No. Admisión:	44904	**Fecha Admisión:**	04/09/2024 07:08 AM	**No. Folio:**	52905	**Fecha Folio:**	04/09/2024 07:16 AM
Sede:	SEDE IPIALES			**Dirección:**	CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO	**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	ANTONIO MARIA REVELO CHAVES	**DOC. ID:**	CC2274514	**FECHA NAC:**	29/07/1935
EDAD:	89 años 1 meses 6 días	**SEXO:**	Masculino	**CIUDAD:**	IPIALES
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**	CUASPUD		
TELÉFONO:	3108402910 - 3183456167 - 3128374880	**OCUPACIÓN:**	No se tiene Información		
TIPO AFIL:	BENEFICIARIO **RÉGIMEN:** ESPECIAL	**PROFESIONAL:**	LEIDY YOJHANA MONCAYO ENRIQUEZ		
EPS:	DISPENSARIO MEDICO DE CALI				
PLAN CONTR:	BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 DIGSA/DMCAL-2024				
ACUDIENTE:	DOLLY REVELO	**PARENTESCO:**		**TELÉF. ACUD:**	3108402910

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 OFTALMOLOGIA REFIERE VISION BORROSA DE LEJOS Y CERCA AMBOS OJOS

USO 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: 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: Cuenta dedos	**Visión Lejana:** 20/100
Visión Lejana observacion: 50CM	**Visión Lejana observacion:** NA
Visión próxima: 20/200	**Visión próxima:** 20/200
Visión próxima observacion: NA	**Visión próxima observacion:** NA
Pinhole: NO CORRIGE	**Pinhole:** 20/50

AUTOREFRACCIÓN

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

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

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA 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

cilindro: NA	**cilindro:** NA
Eje: NA	**Eje:** NA
Agudeza visual binocular: 20/50	
Adición: +3.50	
Distancia Pupilar: 32/32	
QUERATOMETRIA	
OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
K1: NO TOMA DATO	**K1:** NO TOMA DATO
K2: NA	**K2:** NA
Eje: NA	**Eje:** NA
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: +1.50	**Esferico:** +1.50
Cilindro: -1.50	**Cilindro:** -1.50
Eje: 100	**Eje:** 90
RX FINAL	
OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Esfera: +0.75	**Esfera:** N
Cilindro: NA	**Cilindro:** -1.50
Eje: NA	**Eje:** 90
Agudeza Visual Lejana: Cuenta dedos	**Agudeza Visual Lejana:** 20/50
Agudeza Visual Próxima: 20/50	**Agudeza Visual Próxima:** 20/50
Adición: +3.50	
Observaciones: CERCA: OD:+4.00 OI: +3.50 -1.50 *90	
BIOMICROSCOPIA	

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

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA 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

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Párpados: SANOS	**Párpados:** SANOS
Aparato lagrimal /BUT: PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE	**Aparato lagrimal /BUT:** PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE
Conjuntiva: PINGUECULA NASAL	**Conjuntiva:** TRANQUILA
Cornea: CENTRAL CLARA	**Cornea:** CENTRAL CLARA
Esclerotica: NORMAL	**Esclerotica:** NORMAL
Camara Anterior: FORMADA, NO CELULARIDAD	**Camara Anterior:** FORMADA, NO CELULARIDAD
Iris: REACTIVA	**Iris:** REACTIVA
Cristalino: LIO IN SITU	**Cristalino:** LIO IN SITU
Schimmer: NA	**Schimmer:** NA

FONDO DE OJO

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Vitreo: CLARO	**Vitreo:** CLARO
Papila (Nervio Óptico): EXCAVACIÓN NERVIO OPTICO PALIDO	**Papila (Nervio Óptico):** EXCAVACIÓN 0.4
Macula: CICATRIZ MACULAR	**Macula:** DEGENERACION MACULAR
Vasos: NORMAL	**Vasos:** NORMAL
Retina: APLICADA	**Retina:** APLICADA

FÓRMULA OFTÁLMICA

Especificaciones del lente: MONOFOCAL

Filtro: AR

uso: PERMANENTE

control: 11 MESES

DIAGNÓSTICOS

CIE10	NOMBRE	SITIO	TIPO	CLASE	OBSERVACIONES
H524	PRESBICIA	Bilateral	Impresión diagnostica	Principal	
H522	ASTIGMATISMO	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	
H520	HIPERMETROPIA	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	
H353	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	
Z961	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES (PSEUDOFAQUIA)	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	

ANÁLISIS Y PLAN

ANALISIS

EXPLICO A PACIENTE Y ACOMPAÑANTE QUE NO ES POSIBLE CORREGIR LA VISION OJO DERECHO, OJO IZQUIERDO CORRIGE NO EN TOTALIDAD, SIN EMBARGO ENVÍO FÓRMULA ÓPTICA DE USO PERMANENTE, RECOMIENDO DOS PARES DE LENTES LEJOS Y CERCA (EPS CUBRE UN PAR),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 AR
2/ Se resuelven todas las dudas acerca del tratamiento, paciente reporta entender toda la información brindada.

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

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA 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

ANÁLISIS Y PLAN

CONTROL: 11 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.