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 19792
Fecha de Expedición: 05/09/2024 9:10:59 AM
Fecha de Vencimiento: 05/10/2024
Fecha de Generación: 05/09/2024 9:10:58 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:	BOLAÑOS GUARAMA FERNANDA SOCORRO	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	53 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	27381191
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:	IPIALES	**PROCEDENCIA:**	POTOSI
FECHA FACTURA:	05/09/2024 9:10:58 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-05
AUTORIZACIÓN:	3072117	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-05
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

64b5914bbc0c2830cefd1540fed25baf3d232b04514c142678f3bcbd85b858d116615d737a186d9d68b6c18382328af

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. - NIT: 860.028.580-2. Software: fact-el-1

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 19792
Fecha de Expedición: 05/09/2024 9:10:59 AM
Fecha de Vencimiento: 05/10/2024
Fecha de Generación: 05/09/2024 9:10:58 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:	BOLAÑOS GUARAMA FERNANDA SOCORRO	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	53 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	27381191
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:	IPIALES	**PROCEDENCIA:**	POTOSI
FECHA FACTURA:	05/09/2024 9:10:58 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-05
AUTORIZACIÓN:	3072117	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-09-05
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

64b5914bbc0c2830cefd1540fed25baf3d232b04514c142678f3bcbd85b858d116615d737a186d9d68b6c183822328af

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

Fecha generación: 27/08/2024 20:59:26

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD:REF-2024-08-452150 **FECHA SOLICITUD:** 8/27/24 8:59 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: FERNANDA SOCORRO BOLAÑOS GUARAMA
DOCUMENTO: 27381191
MUNICIPIO: POTOSI
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: MA2
FUERZA: ARC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

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

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H110	PTERIGION	Impresión Diagnóstica
H526	OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION	Relacionado

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-2024-08-3072116	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	890276	Oftalmologia (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: SE SOLICITA VALORACION POR OFTALMOLOGIA PACIENTE CON PRESENCIA DE PTERIGION BIALTERAL, PARA POSIBLE RESECCION QUIRURGICA.

FECHA DE VENCIMIENTO: 27/08/2025

AUT-2024-08-3072117	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: SE SOLICITA VALORACION POR OPTOMETRIA PARA ADPATACION DE FORMULA DE LENTES POR DEFECTO DE REFRACCION.

FECHA DE VENCIMIENTO: 27/08/2025

AUTORIZADA POR:

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
1085897168

Fecha generación: 27/08/2024 20:59:27

Edificio Torre Empresarial

Fecha y hora de generación: 27/08/2024 08:38:16

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-08-452150 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 8/27/24 8:38 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: FERNANDA SOCORRO BOLAÑOS GUARAMA
TIPO DE DOCUMENTO: CC
DIRECCIÓN: ZR VEREDA MUESES
CORREO ELECTRÓNICO: bolañosfernanda77@gmail.com
MUNICIPIO: POTOSI
REGIONAL: SUR OCCIDENTE
GRADO: MA2
ENTIDAD ADSCRITA: GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" - EJC
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE NACIMIENTO: 13/06/1971
NÚMERO DE DOCUMENTO: 27381191
CELULAR O TELÉFONO:
DEPARTAMENTO: NARIÑO
CÓDIGO ESM O UPGD: 523568300880
ESTADO: Activo
FUERZA: ARC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	Oftalmologia (CE) - SSFM	1

OBSERVACIÓN

SE SOLICITA VALORACION POR OFTALMOLOGIA PACIENTE CON PRESENCIA DE PTERIGION BIALTERAL, PARA POSIBLE RESECCION QUIRURGICA.

890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA	Optometria (CE) - SSFM	1

OBSERVACIÓN

SE SOLICITA VALORACION POR OPTOMETRIA PARA ADPATACION DE FORMULA DE LENTES POR DEFECTO DE REFRACCION.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	H110	PTERIGION
Relacionado	H526	OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

" TENGO UNA MOLESTIA EN LOS OJOS Y NO MIRO BIEN "

HALLAZGO

PREVIA VALORACION 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 53 AÑOS DE EDAD EN EL MOMENTO REFIERE CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 AÑO DE EVOLUCION CONSISTENTE EN HIPEREMIA CONJUNTIVAL, QUE SE ACOMPAÑA DE SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO Y ARDOR OCULAR, ASOCIADO A REPLIEGUE CONJUNTIVAL EN AMBOS OJOS, ADEMAS REFIERE DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL LEJANA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.

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, Orofaringe:No evaluado, Oídos:No evaluado, Piel y faneras:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado, Tórax:No evaluado, Ojos:HIPEREMIA CONJUNTIVAL, REPLIEGUE CONJUNTIVAL EN AMBOS OJOS DE PREDOMINIO IZQUIERDO LADO NASAL Y TEMPORAL, AGUDEZA VISUAL CERCANA: OD: 20/30; OI: 20/30, AGUDEZA VISUAL LEJANA: OD: 20/50; OI: 20/50, Condiciones generales:HEMODINAMICAMENTE ESTABLE

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS_INSTAURADOS

SE SOLICITA VALORACION POR OFTALMOLOGIA PACIENTE CON PRESENCIA DE PTERIGION BIALTERAL, PARA POSIBLE RESECCION QUIRURGICA.

Fecha y hora de generación: 27/08/2024 08:38:16

SE SOLICITA VALORACION POR OPTOMETRIA PARA ADPATACION DE FORMULA DE LENTES POR DEFECTO DE REFRACCION.

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: Oftalmologia (CE) - SSFM

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

Angela Jesenia López Q.
MÉDICO GENERAL
R.M. 52-0418

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **27.381.191**

BOLAÑOS GUARAMA

APELLIDOS

FERNANDA SOCORRO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-JUN-1971**

POTOSI
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-SEP-1989 POTOSI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2306700-00401143-F-0027381191-20120922 0031204688A 1 38396789

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:	45262	**Fecha Admisión:**	05/09/2024 09:10 AM	**No. Folio:**	53464	**Fecha Folio:**	05/09/2024 09:22 AM
Sede:	SEDE IPIALES	**Dirección:**	CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO			**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	FERNANDA SOCORRO BOLAÑOS GUARAMA	**DOC. ID:**	CC27381191	**FECHA NAC:**	13/06/1971
EDAD:	53 años 2 meses 22 días	**SEXO:**	Femenino	**CIUDAD:**	POTOSI
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**	IPIALES		
TELÉFONO:	3158463582	**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 USUARIA DE RX OPTICA, REMITIDO POR MEDICO GENERAL REFIERE VISION BORROSA DE LEJOS Y CERCA AMBOS OJOS

USO DE GAFAS: ULTIMA CORRECION HACE 2 AÑOS

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: 20/100	**Visión Lejana:** 20/150
Visión Lejana observacion: NA	**Visión Lejana observacion:** NA
Visión próxima: 20/200	**Visión próxima:** 20/200
Visión próxima observacion: NA	**Visión próxima observacion:** NA
Pinhole: 20/30	**Pinhole:** 20/30

LENSOMETRIA

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
valor: -0.75 -1.00 *6	**valor:** -1.00 -0.75 *180
adicion: +1.75	**adicion:** +1.75

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

Observaciones: PROGRESIVOS LENTES LEVEMENTE RAYADOS

AUTOREFRACCIÓN

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Esférico: -1.00	**Esférico:** -1.25
cilindro: -1.25	**cilindro:** -1.00
Eje: 16	**Eje:** 179

Agudeza visual binocular: 20/30

Adición: +2.00

Distancia Pupilar: 31/32

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
K1: 43.09	**K1:** 43.94
K2: 44.75	**K2:** 45.09
Eje: 8	**Eje:** 175

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: -1.00	**Esferico:** -1.25
Cilindro: -1.25	**Cilindro:** -1.00
Eje: 15	**Eje:** 180

RX FINAL

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Esfera: -1.25	**Esfera:** -1.50
Cilindro: -1.00	**Cilindro:** -0.50
Eje: 15	**Eje:** 0
Agudeza Visual Lejana: 20/30	**Agudeza Visual Lejana:** 20/30

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

Agudeza Visual Próxima: 20/20	**Agudeza Visual Próxima:** 20/20
Adición: +2.00	
Observaciones: -	

BIOMICROSCOPIA

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Párpados: SANOS	**Párpados:** SANOS
Aparato lagrimal /BUT: MENISCO LAGRIMAL DISMINUIDO	**Aparato lagrimal /BUT:** MENISCO LAGRIMAL DISMINUIDO
Conjuntiva: PINGUECULA NASAL Y TEMPORAL	**Conjuntiva:** PINGUECULA NASAL Y TEMPORAL
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: 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 0.3	**Papila (Nervio Óptico):** DISCO ÓPTICO DE TAMAÑO PROMEDIO, ROSADO, EXCAVACIÓN 0.2
Macula: NA	**Macula:** NA
Vasos: NORMAL	**Vasos:** NORMAL
Retina: APLICADA	**Retina:** APLICADA

FÓRMULA OFTÁLMICA

Especificaciones del lente: PROGRESIVOS

Filtro: AR

uso: PERMANENTE

control: 11 MESES

DIAGNÓSTICOS

CIE10	NOMBRE	SITIO	TIPO	CLASE	OBSERVACIONES
H521	MIOPIA	Bilateral	Impresión diagnostica	Principal	
H524	PRESBICIA	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	
H048	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL APARATO LAGRIMAL	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	

ANÁLISIS Y PLAN

ANALISIS

ENVÍO FÓRMULA ÓPTICA DE USO PERMANENTE, PACIENTE USUARIO DE LENTES PROGRESIVOS POR LO QUE RECOMIENDO MISMO TIPO DE LENTE, 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.

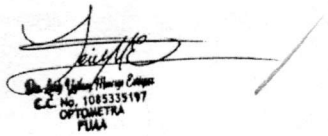
PLAN:
1/ ADAPTACION DE LENTES : PROGRESIVO AR

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

EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ

ANÁLISIS Y PLAN

2/ TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: CARBOXIMETILCELULOSA 0.5% APLICAR UNA GOTA CADA 6 HORAS EN AMBOS OJOS (3)
3/ Se resuelven todas las dudas acerca del tratamiento, paciente reporta entender toda la información brindada.
CONTROL: 11 MESES



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.