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 19875
Fecha de Expedición: 05/09/2024 2:45:48 PM
Fecha de Vencimiento: 05/10/2024
Fecha de Generación: 05/09/2024 2:45:47 PM

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: HERNANDES VILLAREAL BEIDY FABRICIO
EDAD: 17 Años
TIPO DE USUARIO: Especiales o de excepción cotizante
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: 12
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS: 13
DIRECCIÓN:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: TI
IDENTIFICACIÓN: 1088217041
NIVEL: N/A
MIPRES:
ID ENTREGA MIPRES:
PROCEDENCIA: IPIALES

FECHA FACTURA: 05/09/2024 2:45:47 PM
AUTORIZACIÓN: 2747836
DIAGNÓSTICO:

FECHA INICIO FACTURACIÓN: 2024-09-05
FECHA FINAL FACTURACIÓN: 2024-09-05
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

Adriana de Jesus Villarreal S.
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

2acef735667a7f8e5c22db2e6c4f7b358880183389a2f2335c22289d7d7f609b8a0d80517d1c8818358cb28da92aa74c

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

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 19875
Fecha de Expedición: 05/09/2024 2:45:48 PM
Fecha de Vencimiento: 05/10/2024
Fecha de Generación: 05/09/2024 2:45:47 PM

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:	HERNANDES VILLAREAL BEIDY FABRICIO	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	TI
EDAD:	17 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1088217041
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:		**PROCEDENCIA:**	IPIALES
FECHA FACTURA:	05/09/2024 2:45:47 PM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-09-05
AUTORIZACIÓN:	2747836	**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

Adriana de Jesus Villareal S.
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

2acef735667a7f8e5c22db2e6c4f7b358880183389a2f2335c22289d7d7f609b8a0d80517d1c8818358cb28da92aa74c

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

Fecha generación: 03/08/2024 11:12:16

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-08-2747836 **FECHA SOLICITUD:** 8/3/24 11:12 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: DEIBY FABRICIO HERNANDEZ VILLARREAL
MUNICIPIO: IPIALES
NOMBRE ENTIDAD: GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ
COBERTURA EN SALUD: No registra
GRADO: SLP
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

DOCUMENTO: 1088217041
DEPARTAMENTO: NARIÑO
CODIGO ESM O UPGD: 523568300880
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

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

ORIGEN: Enfermedad general

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H527	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO	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-2024-08-2747836	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 DIRECCIÓN 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 VERJEL HERNANDEZ - CON ESPECIALIDAD EN --Oftalmologia PACIENTE ADSCRITO A GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" – EJC
FECHA DE VENCIMIENTO: 03/08/2025

AUTORIZADA POR:

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
1085897168

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 03/08/2025

Adriana de Jesus Ortiz Real S.

PAREDES

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. 40511 Fecha 2024-07-25

PACIENTE:	BEIDY FABRICIO HERNANDES VILLAREAL	DOC. ID:	TI1088217041	FECHA NAC:	04/09/2007
EDAD:	16 años 10 meses 21 días	SEXO:	Masculino	CIUDAD:	IPIALES
BARRIO:		DIRECCIÓN:			
TELÉFONO:	3117135170 - 3234986532	OCUPACIÓN:	Desempleado		
TIPO AFIL:	COTIZANTE RÉGIMEN: ESPECIAL	PROFESIONAL:	MAYRA MILLENY VERJEL HERNANDEZ		
EPS:	DISPENSARIO MEDICO DE CALI				
PLAN CONTR:	BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 DIGSA/DMCAL-2024	PARENTESCO:	CABEZA DE FAMILIA	TELÉF. ACUD:	
ACUDIENTE:					
DIAGNÓSTICO:	H104 - CONJUNTIVITIS CRONICA, Sitio: Bilateral				

PROCEDIMIENTOS						
CÓDIGO	NOMBRE	SITIO	CANTIDAD	INDICACIÓN	CIE10 REL	FECHA/HORA
890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	NoAplica	1		H527	25/07/2024 12:42
890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	NoAplica	1	CONTROL EN 3 MESES	H527	25/07/2024 12:42
890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	NoAplica	1		H527	25/07/2024 12:42

MAYRA MILLENY VERJEL HERNANDEZ
OFTALMOLOGO
Registro No.: 54 434

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.088.217.041
HERNANDEZ VILLARREAL

APELLIDOS
DEIBY FABRICIO

NOMBRES
Deiby Hernandez

FIRMA



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

CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD



SOLDADO ACTIVO EJC

BENEFICIARIO
HERNANDEZ VILLARREAL DEIBY FABRICIO
TI 1088217041
Hijo(a)

AFILIADO
HERNANDEZ BETANCOURTH LUIS OMAR
CC 87104811

DISCAPACIDAD NINGUNA
G.S RH O+ **VENCE** 04/09/2025



FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-2007
POTOSI
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
04-SEP-2025 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
10-OCT-2014 IPIALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2306700-00655913-M-1088217041-20150107 0042212388A 3 43710375

Identificación Plástica S.A 170898/0619

A13199040

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

Válido únicamente para uso de los servicios médicos de las FFMM, según lo establece la Ley 352 de 1.997, Decreto 1795 de 2000 y demás normas concordantes.
Este documento es requisito adicional a la verificación en la Base de Datos del SSFM, donde se evidencie que el Afiliado se encuentre ACTIVO. En caso de pérdida, favor informar a la Dirección General de Sanidad Militar en el término de 48 horas.
Si éste carné es encontrado, favor informar al **PBX: (1) 3238555 Ext. 1301** en la ciudad de Bogotá DC.

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co

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:	45403	**Fecha Admisión:**	05/09/2024 02:45 PM	**No. Folio:**	53660	**Fecha Folio:**	05/09/2024 02:51 PM
Sede:	SEDE IPIALES	**Dirección:**	CALLE 10 # 554 EDIFICIO TORRE EMPRESARIAL PLAZA CENTRO			**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	BEIDY FABRICIO HERNANDES VILLAREAL	**DOC. ID:**	TI1088217041	**FECHA NAC:**	04/09/2007
EDAD:	17 años 0 meses 1 días	**SEXO:**	Masculino	**CIUDAD:**	IPIALES
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**			
TELÉFONO:	3117135170 - 3234986532	**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 USUARIO DE RX OPTICA, REMITIDO POR MEDICO GENERAL REFIERE VISION BORROSA DE LEJOS Y ENROJECIMIENTO AMBOS OJOS

USO DE GAFAS: ULTIMA CORRECION HACE 1 AÑO DE USO OCASIONAL NO LAS TRAE A CONSULTA

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: 20/20	**Visión Lejana:** 20/20
Visión Lejana observacion: NA	**Visión Lejana observacion:** NA
Visión próxima: 20/20	**Visión próxima:** 20/20
Visión próxima observacion: NA	**Visión próxima observacion:** NA
Pinhole: NA	**Pinhole:** NA

AUTOREFRACCIÓN

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Esférico: +0.25	**Esférico:** +0.25

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

cilindro: NA	**cilindro:** -0.50
Eje: NA	**Eje:** 1
Agudeza visual binocular: 20/20	
Adición: -	
Distancia Pupilar: 30/30	

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
K1: 40.78	**K1:** 41.65
K2: 41.17	**K2:** 42.23
Eje: 173	**Eje:** 7

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: N	**Esferico:** N
Cilindro: -0.25	**Cilindro:** -0.25
Eje: 90	**Eje:** 0

RX FINAL

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Esfera: N	**Esfera:** N
Cilindro: NA	**Cilindro:** NA
Eje: NA	**Eje:** NA
Agudeza Visual Lejana: 20/20	**Agudeza Visual Lejana:** 20/20
Agudeza Visual Próxima: 20/20	**Agudeza Visual Próxima:** 20/20

Adición: -

Observaciones: -

BIOMICROSCOPIA

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

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Párpados: SANOS	**Párpados:** SANOS
Aparato lagrimal /BUT: PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE	**Aparato lagrimal /BUT:** PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE
Conjuntiva: HIPEREMIA GENERALIZADA - PAPILAS GRADO II	**Conjuntiva:** HIPEREMIA GENERALIZADA - PAPILAS GRADO II- HIPERPLASIA CONJUNTIVAL
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 0.2	**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: MONOFOCAL LEJOS

Filtro: AR

uso: PERMANENTE

control: 6 MESES

DIAGNÓSTICOS

CIE10	NOMBRE	SITIO	TIPO	CLASE	OBSERVACIONES
H522	ASTIGMATISMO	Bilateral	Impresión diagnostica	Principal	
H101	CONJUNTIVITIS ATOPICA AGUDA	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	

ANÁLISIS Y PLAN

ANALISIS

ENVÍO FÓRMULA ÓPTICA DE USO PERMANENTE LENTES DE PROTECCION, RECOMIENDO COMPRESA DE AGUA FRIA DE 4 A 5 MINUTOS POR 2 SEMANAS UNA VEZ AL DIA, PARA AYUDAR A DESINFLAMAR, 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 LEJOS AR
2/ TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: CARBOXIMETILCELULOSA 0.5% APLICAR UNA GOTA CADA 6 HORAS EN AMBOS OJOS (3)
3/TACROLIMUS Frasco FRASCO X 5 ML 0.03% ,FORMULA MAGISTRAL, APLICAR UNA GOTA CADA 12 HORAS AMBOS OJOS (3)
4/ACETATO DE PREDNISOLONA + FENILEFRINA CLORHIDRATO 1% + 0.12% SUSPENSIÓN OFTÁLMICA X 5 ML:APLICAR UNA GOTA EN OJO IZQUIERDO DESMONTE (CADA 6 HORAS*3DIAS; LUEGO CADA 8 HORAS*3DIAS; LUEGO CADA 10 HORAS*3DIAS; LUEGO CADA 12 HORAS*3DIAS; LUEGO CADA 24 HORAS*3DIAS Y SUSPENDER)(1)
5/ Se resuelven todas las dudas acerca del tratamiento, paciente reporta entender toda la información brindada.
CONTROL: 6 MESES

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

ANÁLISIS Y PLAN

C.C. No. 1085335197
OPTOMETRA
PLAA

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.