PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Sogamoso, Noviembre 2024

Señora
Luz Stella Pardo Suescún
SUPERVISORA CONTRATO No. CO1.PCCNTR.6432152 de 2024
Profesional Servicio Médico Asistencial
SENA- Regional Boyacá
Ciudad

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual mes octubre del 2024.

Referencia: No. CO1.PCCNTR.6432152 de 2024

ROCIO ALEXANDRA BAQUERO VARGAS, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.258.386 expedida en Bogotá, en calidad de Representante Legal de la Empresa CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S. ,identificada con Nit No. 900.242.209-5 en mi calidad de Contratista del SENA, en la Regional Boyacá, en cumplimiento del Contrato de prestación de servicios de odontología en general y especializada en las ciudades de Sogamoso y Tunja, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor del Contrato: TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE (35.000.000)

Forma de Pago: El SENA pagará el valor del Contrato en pagos parciales dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura en la sede del Servicio Médico Asistencial del SENA y cargue en la plataforma SECOP II, de acuerdo al servicio prestado a los beneficiarios afiliados al Servicio Médico Asistencial y aquellos previamente autorizados por el Médico Asesor del SENA; el supervisor expide certificación y verificara que la facturación corresponda a las tarifas establecidas en la Resolución 1-00824 DE 2022 incrementadas con el IPC 2022 y de acuerdo a la propuesta económica presentada por el oferente; el contratista deberá presentar:

a) El contratista sí está obligado, debe cargar en el SIIF Nación la factura electrónica correspondiente con el cumplimiento de los requisitos fiscales y legales y los soportes de cada una. Esta debe ser aprobada por el Supervisor del Contrato. Cuando se realice un contrato con empresa auto-retenedora, ésta debe informar en la factura esta condición a fin de no efectuar la correspondiente retención

b) Informe suscrito por el supervisor en el que conste que se ha cumplido ha entera satisfacción con el objeto.

c) Certificación de que se encuentra al día en el pago al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios del SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar. 2 GCCON-F-021 V.02

d) Estampillas Pro – Desarrollo de la UPTC.

e) Copia del pago realizado por el concepto de aportes a seguridad social y parafiscal.

f) La disponibilidad de PAC que para los efectos se le hayan definido al Centro de Formación por parte de la dirección administrativa y financiera del SENA.

g) Con la factura se debe anexar el formato de relación de servicios prestados, el cual será suministrado por el SENA. Según lo señalado en el Art. 19 de la Ley 1150 de 2007, EL SENA respetará el orden de presentación de los pagos por parte de los contratistas.

No obstante, si las facturas no han sido correctamente elaboradas o no se acompañan los documentos requeridos para el pago, el término para pago sólo empezará a contarse desde la fecha en que se haya aportado el último de los documentos. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello derecho al pago de intereses o compensación alguna por parte del SENA.

Para efectos de pago, es necesario que el contratista cargue en la plataforma Secop II los soportes y documentación requerida para el pago y aprobación por parte del supervisor, según los documentos cargados. Así mismo, las facturas y notas crédito deben estar cargadas en la plataforma Olimpia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Plazo: HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024 O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO.

OBJETO:
Contratar la prestación de Servicios de Odontología en general y especializada (radiología, odontología operatoria, endodoncia, odontopediatría, cirugía oral, periodoncia, prostodoncia, ortodoncia correctiva y ortopedia maxilar, entre otros), a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial que sean remitidos por el odontólogo Asesor del SENA Regional Boyacá en las ciudades de Sogamoso y Tunja- Boyacá.

OBLIGACIONES:

Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
Cumplir con el objeto del contrato en el plazo establecido, bajo las condiciones establecidas en el presente proceso.	Atención a beneficiarios según órdenes de atención expedidas por los odontólogos asesores del Servicio Médico Asistencial	Formato Relación de Servicios prestados del mes de OCTUBRE publicado en Secop II
Prestar los servicios ofertados objeto del contrato en las sedes de atención que sean relacionadas en la propuesta del oferente para las ciudades de Tunja y Sogamoso - Boyacá.	Atención a beneficiarios en las ciudades de Sogamoso y Tunja	Formato Relación de Servicios prestados del mes de OCTUBRE publicado en Secop II
Cumplir con el Decreto 780 en las Resoluciones 3100 de 2019 (Habilitación) 1441 de 2013 (estándares de calidad) expedidas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, la Resolución No 1262 de 2016 expedida por la Dirección General del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y todas aquellas normas expedidas y relacionadas con el cumplimiento del servicio objeto de esta contratación.	Cumplimiento de la obligación según lo indicado en la Resolución 2003 de 2014, así como las demás normas relacionadas con la atención a pacientes	N/A
Atender integralmente al paciente mientras se halle a su cargo.	Atención a beneficiarios SMA de acuerdo a las ordenes de atención expedidas	Formato Relación de Servicios prestados del mes de OCTUBRE publicado en Secop II
Acreditar la aplicación de protocolos y/o guías médicas, aceptados en salud para el manejo de pacientes	Atención a beneficiarios con los protocolos requeridos por la Secretaría de Salud	
El contratista solo prestará los servicios objeto del contrato a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial presentando los siguientes documentos: • Carnet vigente • Documento de identidad para adultos y tarjeta de identidad para menores de edad	Atención a beneficiarios según órdenes de atención expedidas por los odontólogos asesores del Servicio Médico Asistencial	Formato Relación de Servicios prestados del mes de OCTUBRE publicado en Secop II, soportes de atención de cada beneficiario atendido en los consultorios de Sogamos y Tunja

• Original de la orden de atención, diligenciada en su totalidad con nombre del usuario, documento de identificación servicio solicitado, la firma y el sello del profesional, además debe ir firmada por el usuario o acudiente.		
Permitir el acceso a la historia clínica, estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención del paciente y facilitar de ser necesarios, la verificación y revisión de los servicios prestados, eventualmente el acceso al paciente para evaluar la calidad del servicio, según lo preceptuado en la Resolución No. 1995 de 1999 del ministerio de Salud.	Disposición de verificación de los procedimientos realizados a los pacientes por parte de los odontólogos asesores de la Regional	Soportes de atención a beneficiarios que reposan en la HC de cada paciente. Relación de servicios prestados durante el mes de OCTUBRE para revisión de auditoría médica por parte del Servicio Médico Asistencial
Debe suministrar a la entidad, reporte epidemiológico mensual sobre las atenciones y procedimientos dados al paciente, reporte de posibles eventos adversos y casos centinelas.	No se requirió en el presente mes	N/A
La facturación se debe presentar en forma ordenada, igualmente a la factura presentada se deben anexar los soportes de los servicios facturados y anexar a la misma fotocopia del pago de seguridad social integral y acreditar encontrarse a paz y salvo como requisito previo para cada pago que se le vaya a efectuar, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 23 de la ley 1150 de 2007; así como del aporte a parafiscales	Cumplimiento de los requisitos para el pago de la cuenta objeto de cobro	Facturas N° ELS2015, formato relación de servicios prestados del mes de OCTUBRE social, certificación de parafiscales y demás documentos cargados en la plataforma Secop II
Presentar, adjuntar y/o entregar el protocolo de bioseguridad basado en la Resolución 666 - 2020 del Ministerio de la Protección Social,	Cumplimiento del requisito en la propuesta presentada en la plataforma Secop II	Protocolo de Bioseguridad publicado en Secop II

para el desarrollo de las actividades descritas.		
El contratista deberá presentar junto con la cuenta los soportes o comprobantes de recolección y certificaciones de almacenamiento, aprovechamiento o tratamiento o disposición final que emitan los gestores de los residuos peligrosos.		SE ADJUNTO CERTIFICADO RECOLECCION DE RESIDUOS, **DESCONT SAS ESP**

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos enunciados como evidencias del cumplimiento del contrato y el **No.** 9476699281 y 9474530690 **de la planilla de seguridad social**. Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites"*

Cordialmente,

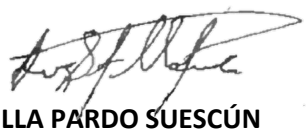
Firma



ROCIO ALEXANDRA BAQUERO VARGAS

Representante Legal
CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL S.A.S.
Contratista
C.C. No. 52.258.386 expedida en Bogotá

Recibí a satisfacción:

Firma 

LUZ STELLA PARDO SUESCÚN
Supervisora Contrato No. CO1.PCCNTR.6432152 de 2024

DESCONT SAS ESP
R-RT-07

CL 30A #23-10 Barrio Cañaveral
PBX: (7) 678 0005
Floridablanca - Colombia
NIT. 804002433-1
www.descont.com.co

MANIFIESTO DE RECOLECCION DE RESIDUOS

AVISO IMPORTANTE

Estimado cliente, cualquier cambio o ajuste al manifiesto de recolección deberá solicitarse dentro de los 3 días hábiles seguidos, usando los canales de comunicación establecidos: Tel 6780005, mail: servicioalcliente@descont.com.co

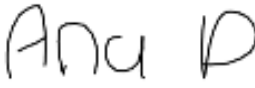
FECHA: 2024-10-21T08:34:03
MANIFIESTO: 5974742
ID CLIENTE: 37832
CLIENTE: CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETICA DENTAL SAS
DIRECCION: CR 12 20 10
CIUDAD: TUNJA
NIT: 900242209
CC OPERARIO: 1002366805
OPERARIO: JORGE YESID QUINTERO MATEUS
CC AUXILIAR: 7182241
AUXILIAR: ALVARO DAVID ACUNA DIAZ
VEHICULO: TAX 748

RESIDUOS

RESIDUO	CANT/KG
BIOSANITARIOS	1 / 12.13
CORTOPUNZANTES	1 / 0.5

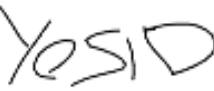
TOTAL Cantidad: 2
TOTAL Kilos: 12.63

CLIENTE



NOMBRE: Ana duran
CC: 1097396493
TEL: 0000

OPERARIO



NOMBRE: JORGE YESID QUINTERO MATEUS
CC: 1002366805

	Versión: 02
SENA	Código: GTH-F-009

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato Relación de Servicios Prestados - SMA

No.	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	ORDEN DE ATENCION No.	FECHA DE LA ORDEN	SERVICIO PRESTADO	VALOR FACTURADO
TUNJA						
1	1050620180	YANNICK ALEJANDRO VIASUS HERNANDEZ	900	16/09/2024	Placa de Hawley con o sin Aditamentos (1)	$ 250.000
					Periapical y Coronal	$ 14.000
					Disyuntor Hirax (1)	$ 350.000
			1079	15/10/2024	Consulta Odontólogo Especialista (CX MAXILOFACIAL)	$ 60.000
2	1192738488	JUAN ESTEBAN SALAMANCA PADILLA	899	16/09/2024	Segundo Pago	$ 600.000
3	23272781	MARIA OFELIA RUBIO DE CARO	1077	11/10/2024	Periapical y Coronal	$ 14.000
					Panorámica	$ 28.000
					Consulta Odontólogo Especialista	$ 60.000
4	13836375	JOSE RAMON GONZALEZ GONZALEZ	837	06/09/2024	Consulta Odontólogo Especialista (PERIODONCIA)	$ 60.000
5	1052383025	DIEGO FERNANDO SOLANO NARANJO	835	06/09/2024	Paquete Ortodoncia (panorámica-perfil-modelos y 5 fotos)	$ 150.000
SOGAMOSO						
1	24111628	BARBARA BAYONA DE ALARCON	723	15/08/2024	Retiro de Prótesis Fija sobre Pilar	$ 70.000
					Prótesis Dentomucosoportada o combinada más de 5 dientes	$ 600.000
					Obturación 1 superficie Resina	$ 43.000
					Superficie adicional	$ 27.000
					Panorámica	$ 28.000
2	46368038	ALEXANDRA JIMENEZ LOZANO	600	17/07/2024	Prótesis Total Superior o Inferior (uno cada 3 años)	$ 750.000
					Obturación 1 superficie Resina(2)	$ 86.000
					Superficie adicional (2)	$ 54.000
3	1145328052	GABRIEL ALEJANDRO PATIÑO MARTINEZ	839	06/09/2024	Bionator (Activador) SN (2)	$ 800.000
4	1105305071	LEIDY YURANI ORTIZ SERRATO	1056	10/10/2024	Tercer Pago	$ 700.000
			742	20/08/2024	Consulta Odontólogo Especialista	$ 60.000
			1083	15/10/2024	Panorámica	$ 28.000
5	9522861	LIBARDO ANTONIO CEPEDA	1123	23/10/2024	Multirradicular (Incluye Rx) Diente Permanente	$ 400.000
					Periapical y Coronal	$ 14.000
6	46350278	GRACIELA HENAO CIFUENTES	1080	15/10/2024	Panorámica	$ 28.000
7	21217683	MARINA PADILLA MARTINEZ	1130	23/10/2024	Retratamiento Diente Unirradicular	$ 260.000
			1165	29/10/2024	Consulta Urgencias	$ 80.000
11	37213085	HILDA ROLON DE PEREZ	1017	02/10/2024	Exodoncia Semi-Incluidos	$ 180.000
					VALOR TOTAL ELS2015	**$ 5.794.000**

TUNJA	$ 4.208.000
SOGAMOSO	$ 1.586.000

Impreso: 2024-09-16

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 900

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 1050620180

Favor atender por nuestra cuenta a VIASUS HERNANDEZ YANNICK ALEJANDRO identificado con el carne 7174961-E Hijo de LUIS ANTONIO VIASUS SILVA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Placa De Hawley Con O Sin Aditamentos	1	250000	250000
Periapical Y Coronal	1	14000	14000
Disyuntor Hirax	1	350000	350000

OBSERVACIONES

null

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 33.368.825

creada por: pmoreno

Impreso: 2024-10-15

Servicio Médico Asistencial - SENA

Regional: BOYACA

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1079

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 1050620180

Favor atender por nuestra cuenta a VIASUS HERNANDEZ YANNICK ALEJANDRO identificado con el carne 7174961-E Hijo de LUIS ANTONIO VIASUS SILVA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Con Odontologo Especialista	1	60000	60000

OBSERVACIONES

null

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 33.368825 Tunja

creada por: pmoreno

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Yannick Alejandro Viasus — CONYUGE HIJO PADRE HERMANO — TI CR P

EDAD 9 — SEXO M F — CARNE: 7174961 -E — DOC. IDENT. DE — FAMILIAR DE: Luis Antonio Viasus

De Dr. Javier Barreto — A Dr. Ortodoncia — Tipo de Servicio Odontología — Clínica u Hospital

SIGNOS CONVENCIONALES — FECHA DIA MES AÑO — EXAMEN INICIAL — Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

- CARIES O RECIDIVA
- OBTURADO
- CORONA COMPLETA
- PROTESIS EXISTENTE
- EXTRACCION INDICADA
- SIN ERUPCIONAR
- EXTRAIDA
- ENDODONCIA
- ORTODONCIA
- CIRUGIA
- OTROS

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

4-2-35 (1) Paquete de Ortodoncia

4-1-10 (1) Valoración Ortodoncia

Dr. Javier Barreto Rodríguez
Cirugía Oral y Maxilofacial
Universidad Nacional
C.C. 80.844.638

FECHA DIA MES AÑO — EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

6-1-75 Hiyo Cau Ba...

6-1-30 Placa 1-Inferior

4-2-5 De Fx Bipolar Anterior Superior

Dr. Javier Barreto Rodríguez
Cirugía Oral y Maxilofacial
Universidad Nacional
C.C. 80.844.638

Diagnóstico: _____

ODONTÓLOGO

GTH-F-005 V.01

4

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Yannick Alejandro Rosas
CÓNYUGE HIJO PADRE HERMANO T.S. E.P. R.

EDAD 9 SEXO M F CARNE: 7174961-E DOC. IDENT EE
FAMILIAR DE: Luis Antonio Rosas.

De Dr. Javier Barreto
Al Dr. Ortosonrie

Tipo de Servicio: Odontología
Clínica u Hospital

BRECHA CONVENCIONALES		FECHA DIA MES AÑO	EXAMEN INICIAL
●	CARIES O RECIDIVA		VESTIBULAR
■	OBTURADO		
○	CORONA COMPLETA		
=	PRÓTESIS EXISTENTE		DERECHO LINGUALES IZQUIERDO
X	EXTRACCIÓN INDICADA		
-	SIN ERUPCIONAR		
I	EXTRAIDA		VESTIBULAR
▢	ENDODONCIA		
⊗	ORTODONCIA	FECHA DIA MES AÑO	EXAMEN FINAL
Δ	CIRUGIA		VESTIBULAR
≡	OTROS		DERECHO LINGUALES IZQUIERDO
			VESTIBULAR

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA
4-1-10
Valoración Maxilofacial
Dr. Javier E. Barreto R.
Cirujano Maxilofacial
R.M. 80.844.536

FECHA DIA MES AÑO
Diagnóstico: Integrante Flexible - Servicio Contratado con el sena: NO

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

SENA

EL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL DEL SENA REGIONAL CUNDINAMARCA

CERTIFICA:

Que **YANNICK ALEJANDRO VIASUS HERNANDEZ** identificado con C.C No.1050620180 y con carné No. 7174961-E, se encuentra afiliado al Servicio Médico Asistencial como *Beneficiario-HIJO* del funcionario **LUIS ANTONIO VIASUS SILVA** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7174961.

El Servicio Médico Asistencial tiene cobertura a nivel nacional en tratamiento ambulatorio, medicina, odontología y hospitalización. El Servicio Médico Asistencial del SENA no es una Entidad Prestadora de Servicios de Salud, es un beneficio para los servidores públicos de la Entidad tal como lo consagra el Artículo 45 de la Ley 119 de 1994.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los veintiséis (26) días del mes de agosto de 2024.

RODOLFO VALENZUELA PARDO
Coordinador Grupo de Talento Humano
Regional Cundinamarca

JAV

Proyectó: Jennifer Morales
Cargo: Contratista SMA

HISTORIA CLINICA

YANNICK ALEJANDRO VIASUS HERNANDEZ

Tarjeta de Identidad nro. 1050620180

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
YANNICK ALEJANDRO VIASUS HERNANDEZ		02/04/2015	9 años	Soltero(a)
Departamento	**Municipio**			**Genero**
Boyaca	TUNJA			Masculino
Dirección	**Nacionalidad**	**Vinculacion**		**Fec. Ingreso**
00	Colombia	Particular		29/08/2024
Teléfono Casa	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
3134943222	3134943222	3134943222		
EMail	**Ocupación**	**EPS**		
00	Estudiante	SENA		
Acudiente y/o Acompañante:	**Identificación**	**Teléfono**		**Parentesco**
CLAUDIA HERNANDEZ HERNANDEZ	33368825	3134943222		Mama

Motivo de Consulta

Historia Enfermedad Actual

, Tiempo de Evolucion:
, Tiempo de Evolucion:

Revision por Sistemas

* .

Antecedentes

* .

Hábitos

* NINGUNO.

Alergias

Medicamentos en Uso

Yo, CLAUDIA HERNANDEZ HERNANDEZ declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten la Salud General de YANNICK ALEJANDRO VIASUS HERNANDEZ para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Doctor(a)
CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETIC

Dra. Carolina Zuluaga
ODONTOPEDIATRA
Reg. 32800441 U. Bosque

Acudiente
CLAUDIA HERNANDEZ HERNANDEZ
33368825

OrtoSonria
Estetica Dental Clinica Odontologica

NOMBRE DEL PACIENTE: Yannick Viaus Hernandez

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1050620180 **FECHA ATENCION INICIAL:**

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
		Se toma Paquete de Ortodoncia Completo		
29-08-2024				
14-09-2024 Valoracion Sena	F12-9-24 TV 28-9-24 L 9:10 M 11am Operatoria Ana	Bxente clase II esqueletal y dental se ordena aparatos placas de Hawley clase II Contorneo los transversales y ganchos en 11 se entrega orden para ortodoncia aparatos Hilax Superior con Bordes en 16,26. placa Hawley inferior. PC: toma impresores.	Dra. Carolina Zuluaga ODONTOPEDIATRA Reg. 32800441 U. Bosque	
28-08-2024 2:30 pm.	F29-9-24 TV 3-10-24 L 9:30 M 2 pm Operatoria Ana	Se toma Impresores para fabricacion de aparatos placas de Hawley clase II gancho z en el 11 paladar PC: RX y entrega Aparatos	Dra. CAROLINA ZULUAGA ODONTOPEDIATRA C.C. No 32800441	
12-10-2024 10:30		Se realiza entrega de Aparatos de ortopedia maxilar se dan recomendaciones a acudiente mamá. PC: Control 1 mes.	Dra. Carolina Zuluaga ODONTOPEDIATRA Reg. 32800441 U. Bosque	

OrtoSonria
Estetica Dental Clinica Odontologica

OrtoSonria
Estetica Dental Clinica Odontologica

NOMBRE DEL PACIENTE: Yannick Alejandro Viasus

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1050620180 **FECHA ATENCION INICIAL:** 18 · 10 · 2024

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
18-10-24 3:30 - 340pm	Control Cx Maxilar	Paciente masculino de 9 años con antecedente de supernumerario que requiere exodoncia + injerto oseo anterior superior a 3 dias, en el momento en plan de Ortopedia, se ordenan radiografias aprox de 12, por lo cual se solicita tomografia cone 13-23 para caracterizar lesion	J. Esteban Erazo E. Cirujano Oral y Maxilofacial Universidad Nacional C.C. 1.026.273.488	Paciente

OrtoSonria
Estetica Dental Clinica Odontologica

Impreso: 2024-09-16

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 899

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 1192738488

Favor atender por nuestra cuenta a SALAMANCA PADILLA JUAN ESTEBAN identificado con el carne 9528946-E Hijo de SALAMANCA RODRIGUEZ EDGAR ENRIQUE Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Segundo Pago	1	600000	600000

OBSERVACIONES

null

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 1192738488

creada por: pmoreno

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Juan E Salamanca

CONYUGE HIJO PADRE HERMANO T.Q. C.P. P.

EDAD 21 SEXO M F CARNE: 4528946-E DOC. IDENT 1127338488 DE

FAMILIAR DE:

De Dr. Javier Barreto

Al Dr. Ortodoncia

Tipo de Servicio: Odontología

Clínica u Hospital: Ortodoncia.

SIGNOS CONVENCIONALES

- C CARIES O RECIDIVA — ROJO
- O OBTURADO — AZUL
- O CORONA COMPLETA — AZUL
- = PROTESIS EXISTENTE — AZUL
- X EXTRACCION INDICADA — ROJO
- - SIN ERUPCIONAR — AZUL
- I EXTRAIDA — AZUL
- ENDODONCIA — ROJO
- ⊙ ORTODONCIA — AZUL
- Δ CIRUGIA — ROJO
- ≡ OTROS — ROJO

FECHA DIA MES AÑO — EXAMEN INICIAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

5-1-10.
Ortodoncia
Segunda Vez

Dr. Javier Barreto Rodriguez
Cirugia Oral y Maxilofacial
Universidad Nacional
C.C. 80.844.636

FECHA DIA MES AÑO — EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA DIA MES AÑO

Diagnóstico:

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01



9528946-E

Juan Esteban

Salamanca Padilla

Id. N°. 1,192,738,488 de Sogamoso

Fecha de Nacimiento: 16/01/2003

RH: O+

SENA

REGIONAL BOYACA

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Scanned with ACE Scanner

Juan Esteban
Salamanca Padilla

Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio.
Su utilización indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas.

SENA

REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Scanned with ACE Scanner

HISTORIA CLINICA

JUAN ESTEBAN SALAMANCA PADILLA

Cédula de Ciudadanía nro. 1192738488

Nombre JUAN ESTEBAN SALAMANCA PADILLA	**Fec. Nacimiento** 16/01/2003	**Edad** 21 años	**Estado Civil** Soltero(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** TUNJA		**Genero** Masculino
Dirección 000	**Nacionalidad** Colombia	**Vinculacion** Particular	**Fec. Ingreso** 05/10/2024
Teléfono Casa 3025919403	**Teléfono Celular** 3025919403	**Teléfono. Oficina** 3025919403	
EMail 00	**Ocupación** Estudiante - 9998	**EPS** SENA	

Acudiente y/o Acompañante: 00 00	**Identificación** 00	**Teléfono** 00	**Parentesco** Amigo(a)

Motivo de Consulta

Historia Enfermedad Actual

, Tiempo de Evolucion:
, Tiempo de Evolucion:

Revision por Sistemas

* .

Antecedentes

* .

Hábitos

* NINGUNO.

Alergias

Medicamentos en Uso

Yo, JUAN ESTEBAN SALAMANCA PADILLA declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Doctor(a)
CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETIC

Juan E CC 1192738488

Paciente
JUAN ESTEBAN SALAMANCA PADILLA
Cédula de Ciudadanía 1192738488

OrtoSonria
Clínica Dental Clínica Odontológica

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan esteban Sabaraca

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1192738488 **FECHA ATENCION INICIAL:** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
5/10/24 9:45mm-	ortodoncia 10:10mm	Primera cosita consulta para retomar tratamiento de ortodoncia ausente por el SENA se realiza control se coloca arcos nitt o/d 16x0/016 Superior elast.	Dra. María [illegible] Ortodoncista	x Juan
Segunda cuenta (1-6)		(1)		

OrtoSonria
Clínica Dental Clínica Odontológica

Impreso: 2024-10-11

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1077

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 23272781

Favor atender por nuestra cuenta a RUBIO DE CARO MARIA OFELIA identificado con el carne 17185471-A Conyuge de CARO VARGAS FELIX MARIA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Panoramica	1	28000	28000
Consulta Con Odontologo Especialista	1	60000	60000
Periapical Y Coronal	1	14000	14000

OBSERVACIONES

null

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 23272781

creada por: pmoreno

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Maria Ofelia Zuleta — CÓNYUGE ☐ HIJO ☐ PADRE ☒ HERMANO ☐ — T.O. ☐ C.P. ☐ P. ☐

EDAD 75 — SEXO M ☐ F ☒ — CARNÉ: 17B5471A — DOC. IDENT. CC — FAMILIAR DE:

De Dr. Javier Barreto — Tipo de Servicio: Odontologia — Clínica u Hospital: Ortosonrisa
Al Dr. Ortosonrisa

DEBERES CONVENCIONALES			FECHA DIA MES AÑO	EXAMEN INICIAL	Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA
●	CARIES O RECIDIVA	ROJO		VESTIBULAR	4-2-15 Rx Panoramica.
●	OBTURADO	AZUL			4-2-5 Rx Periapical 13.
O	CORONA COMPLETA	AZUL			4-1-10 Valoracion Rehab. Oral.
=	PRÓTESIS EXISTENTE	AZUL		DERECHO LINGUALES IZQUIERDO	
X	EXTRACCIÓN INDICADA	ROJO			
-	SIN ERUPCIONAR	AZUL			
I	EXTRAIDA	AZUL			
☐	ENDODONCIA	ROJO		VESTIBULAR	Dr. Javier Barreto Rodriguez Cirugia Oral y Maxilofacial Universidad Nacional C.C. 80.844.636
③	ORTODONCIA	AZUL	FECHA DIA MES AÑO	EXAMEN FINAL	4-6-15 x (3) (23-25-36).
Δ	CIRUGIA	ROJO		VESTIBULAR	Exodoncia M1-A x 3.
≡	OTROS	ROJO			4-7-75 x (1) (34-36). Retiro Protesis 34.
					4-7-50 x (1) (34) Temporalizacion
				DERECHO LINGUALES IZQUIERDO	4-7-35 x (1) (34) Corona Metal - Ceramica.
					4-7-25 x (2) Protesis Parcial Superior Inferior
FECHA	DIA MES AÑO			VESTIBULAR	

Diagnóstico: _____

Dr. Javier E. Barreto R.
Cirujano Maxilofacial
RM: 80.844.636

GTH-F-005 V.01

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **23272781**

Nombre MARIA OFELIA RUBIO DE CARO	**Fec. Nacimiento** 26/11/1948	**Edad** 70 años	**Estado Civil** Casado(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** MONIQUIRA		**Genero** Femenino
Dirección VDA TIERRA DE GONZALEZ	**Nacionalidad** Colombiano(a)	**Tipo Aseguradora** Particular	**Fec. Ingreso** 29/08/2019
Teléfono Casa 3152240888	**Teléfono Celular** 3152240888	**Teléfono. Oficina** 3152240888	
EMail 000	**Ocupación** AMA DE CASA	**EPS** SENA	
Acudiente: JASMID ADRIANA		**Teléfono** 3157653779	**Parentesco** Hijo(a)
Acompañante		**Teléfono**	**Parentesco** (Ninguno)

Motivo de Consulta

Dolor

Historia Enfermedad Actual

Asintomatico

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
Niega	

Antecedentes

Tipo	Observación
Niega	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

HTA

Alergias

Niega

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Información consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Dra. Johanna [illegible] ODONTOLOGA R.P. 0655 UNIVERSIDAD JAVERIANA

Odontólogo

Ofelia Rubio

OrtoSonria

NOMBRE DEL PACIENTE: Mario ofelia Rubio

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 23272781 **FECHA ATENCION INICIAL:** /

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
15/10/2024.		Rx. panoramica, Periapical.		
17-10-2024.	Valoración	Paciente ingresa por sus propios medios, se le realiza valoración general donde se evidencia fractura coronal de dtu #25, donde se puede hacer rehabilitación, sabiendo que el dtu tiene mal pronostico, se necesita endodoncia unirradicular, desobturación, nudo unirradicular y corona, se necesita de igual forma provisional, el dtu #25 fractura coronal, donde se pide valoración con endodoncia, ya que en rx se ve muy compometido, en zona de dtu #36 a #34 tenemos ptosis fijo de coronas, donde se evidencia fractura de raiz distal en dtu #36, se solicita hacer corona de dtu #36 a #34 se solicita hacer exodoncia quirurgica con colgajo y se solicita provisional y corona, Nueva para dtu #34 y se solicita hacer reparacion de ptosis interna para colocar dte #35 y #34. Sale por sus propios medios	Dr. Daniel Alfonso ODONTÓLOGO COLEGIO ODONTOLOGICO UNITOC C.C. 1074	Ofelia Rubio

OrtoSonria

Impreso: 2024-09-06

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 837

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 13836375

Favor atender por nuestra cuenta a GONZALEZ GONZALEZ JOSE RAMON identificado con el carne 38243945-C Conyuge de RAMIREZ TRUJILLO CIELO CONSTAZA Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Con Odontologo Especialista	1	60000	60000

OBSERVACIONES

SE AUTORIZA:

VALORACION POR PERIODONCISTA

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: pmorono

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Maria Ofelia Zuleta — CÓNYUGE ☐ HIJO ☐ PADRE ☒ HERMANO ☐ — T.O. ☐ C.P. ☐ P. ☐

EDAD 75 — SEXO M ☐ F ☒ — CARNÉ: 17B5471A — DOC. IDENT. CC — FAMILIAR DE:

De Dr. Javier Barreto — Tipo de Servicio: Odontologia — Clínica u Hospital: Ortosonrisa
Al Dr. Ortosonrisa

DEBERES CONVENCIONALES			FECHA DIA MES AÑO	EXAMEN INICIAL	Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA
●	CARIES O RECIDIVA	ROJO		VESTIBULAR	4-2-15 Rx Panoramica.
●	OBTURADO	AZUL			4-2-5 Rx Periapical 13.
O	CORONA COMPLETA	AZUL			4-1-10 Valoracion Rehab. Oral.
=	PRÓTESIS EXISTENTE	AZUL		DERECHO LINGUALES IZQUIERDO	
X	EXTRACCIÓN INDICADA	ROJO			
-	SIN ERUPCIONAR	AZUL			
I	EXTRAIDA	AZUL			
☐	ENDODONCIA	ROJO		VESTIBULAR	Dr. Javier Barreto Rodriguez Cirugia Oral y Maxilofacial Universidad Nacional C.C. 80.844.636
③	ORTODONCIA	AZUL	FECHA DIA MES AÑO	EXAMEN FINAL	4-6-15 x (3) (23-25-36).
Δ	CIRUGIA	ROJO		VESTIBULAR	Exodoncia M1-A x 3.
≡	OTROS	ROJO			4-7-75 x (1) (34-36). Retiro Protesis 34.
					4-7-50 x (1) (34) Temporalizacion
				DERECHO LINGUALES IZQUIERDO	4-7-35 x (1) (34) Corona Metal - Ceramica.
					4-7-25 x (2) Protesis Parcial Superior Inferior
FECHA	DIA MES AÑO			VESTIBULAR	

Diagnóstico: _____

Dr. Javier E. Barreto R.
Cirujano Maxilofacial
RM: 80.844.636

GTH-F-005 V.01

DISTRITO CAPITAL

38243945-C



JOSE RAMON
GONZALEZ GONZALEZ

DOCUMENTO N°

13836375

02/04/1957
Fecha de Nacimiento

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

RAMIREZ CIELO CONSTANZA
Nombre del Funcionario

Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestacion del servicio
Su utilizacion indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas.

30/06/2020
Fecha de Vencimiento

FIRMA AUTORIZADA

HISTORIA CLINICA

JOSE RAMON GONZALEZ GONZALEZ
Cédula de Ciudadanía nro. 13836375

Nombre JOSE RAMON GONZALEZ GONZALEZ	**Fec. Nacimiento** 06/04/1957	**Edad** 67 años	**Estado Civil** Casado(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** TUNJA		**Genero** Masculino
Dirección CRA 2 NUM 2-46 JENEDSANO	**Nacionalidad** Colombia	**Vinculacion** Particular	**Fec. Ingreso** 06/09/2024
Teléfono Casa 3123944940	**Teléfono Celular** 3123944940	**Teléfono. Oficina** 3123944940	
EMail ramondegiron@gmail.com	**Ocupación** Empresario	**EPS** SENA	
Acudiente y/o Acompañante: 000 000	**Identificación** 000	**Teléfono** 000	**Parentesco** Abuelo(a)

Motivo de Consulta

Historia Enfermedad Actual

, Tiempo de Evolucion:
, Tiempo de Evolucion:

Revision por Sistemas

* .

Antecedentes

*. HTA contdo, APNE ex EPAP.

Hábitos

* NINGUNO.

Alergias

Medicamentos en Uso

Tioban. , concor , Rosuvica

Yo, JOSE RAMON GONZALEZ GONZALEZ declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Doctor(a)
CLINICA ODONTOLOGICA ORTOSONRIA ESTETIC

T.P. 1019, 125-606
Odontologo - UEB
Esp. Rehabilitación Oral - UNAL

Paciente
JOSE RAMON GONZALEZ GONZALEZ
Cédula de Ciudadanía 13836375

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica

NOMBRE DEL PACIENTE: Jose Raman Gontalez

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1333637S **FECHA ATENCION INICIAL:** 27.09.2024

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
06/09/24		Toma de Radiografia Panoramica y 2 pericapicales paciente lleva RX pericapical. al Dr. Javier Barreto.		
27/09/2024	Resina	Paciente de sexo masculino asiste a consulta de valoracion por Rehabilitacion oral, se observa ajuste fijo ERAan 13 y 15 con tejido reseccionado exceso parcial superior, cubre metal ceramica desadaptado se plantea RPR sup ca ajuste y Nueva pieza coronal, tambien se plantea Retirar retirar nucleo ca ajuste del 13 y 15 por- viabilidad de los dientes, de no ser posible estaran indicados pero evidencia, se plantea 2 planes de tratamiento con mejor pronostico. el Plan de tratamiento 1. Paciente entiende se queda en buenas condiciones	Sergio David Gonzalez C. C.1.074.125.606 Odontologia - UFB Esp. Rehabilitación Oral - UNAL	
08-10-2024		Consulta periodoncia examen Clinico, Caso resuelto en condiciones de normalidad no bolsas periodontales. adecuado control de placa, severo higiene oral se indica fase higienica Preventiva	Oscar Cano Riapira Esp. Periodoncia y medicina oral U. EL BOSQUE C.C. 1054802299	

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica

Impreso: 2024-09-06

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 835

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 1052383025

Favor atender por nuestra cuenta a SOLANO NARANJO DIEGO FERNANDO identificado con el carne 4111181-D Hijo de SOLANO GUIO LAURENTINO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Paquete De Ortodoncia (Panoramica-Perfil-Modelos-5 Fotos)	1	150000	150000

OBSERVACIONES

null

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción

1052383025

C.C.

creada por: pmoreno

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Diego Fernando Solano

CONYUGE HIJO PADRE HERMANO T.Q. E.P. P.

EDAD 18 SEXO M X F CARNE 411181-D DOC.IDENT DE

FAMILIAR DE Laventino Solano

De Dr. Javier Barreto

Al Dr.

Tipo de Servicio Odontología

Clínica u Hospital Ortosonrie

SIGNOS CONVENCIONALES

- CARIES O RECIDIVA
- OBTURADO
- CORONA COMPLETA
- PROTESIS EXISTENTE
- EXTRACCION INDICADA
- SIN ERUPCIONAR
- EXTRAIDA
- ENDODONCIA
- ORTODONCIA
- CIRUGIA
- OTROS

FECHA DIA MES AÑO EXAMEN INICIAL

VESTIBULAR

DERECHO LINGUALES IZQUIERDO

VESTIBULAR

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

4-2-35. x1

Kaguete Ortodoncia Reevaluación

Dr. Javier Barreto Rodríguez
Cirugía Oral y Maxilofacial
Universidad Nacional
C.C. 80.844.636

FECHA DIA MES AÑO EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO LINGUALES IZQUIERDO

VESTIBULAR

Diagnóstico:

ODONTOLOGO

2

Diego Fernando
Solano Naranjo

Este carne es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio.
Su utilización indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas.

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL



4111181-D

Diego Fernando
Solano Naranjo

Id. N°. 1.052.383.025 de Tunja
Fecha de Nacimiento: 11/10/2005
RH: A+

HISTORIA CLINICA

Tarjeta de Identidad **1052383025**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
DIEGO FERNANDO SOLANO NARANJO		11/10/1995	25 años	Soltero(a)
Departamento	**Municipio**			**Genero**
Boyaca	TUNJA			Masculino
Dirección	**Nacionalidad**	**Tipo Aseguradora**		**Fec. Ingreso**
CLL 5 N 3-18	Colombiano(a)	Particular		05/08/2021
Teléfono Casa	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
3105613156	3105613156	3105616156		
EMail	**Ocupación**	**EPS**		
	Estudiante	SENA		
Acudiente:		**Teléfono**		**Parentesco**
AIDE NARANJO		3142472195		Mama
Acompañante		**Teléfono**		**Parentesco**
				(Ninguno)

Motivo de Consulta

"Principalmente porque tengo mordida profunda"

Historia Enfermedad Actual

Revision por Sistemas

Tipo	Observación

Antecedentes

Tipo	Observación

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

Alergias

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Odontólogo

Aide Naranjo E.

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: Diego Fernando Solano

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1052383025 **FECHA ATENCION INICIAL** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
9-10-24	ortodoncia	Arcos 16x22 de acero Superior e inferior Control Costos, se toma Registro de Ortodoncia Completo	Dr. Jorge E. Lara De la T. Ortodoncista U.J.C.I.E.O. - T.P. 5380	
6-11-24	ortodoncia	Arcos 16x22 de NiTi Cerrando del 13 al 23. Ligadura metalica del 16 al 13 y del 23 al 26. Control Costos	Dr. Jorge E. Lara De la T. Ortodoncista U.J.C.I.E.O. - T.P. 5380	

Impreso: 2024-08-15

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 723

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 24111628

Favor atender por nuestra cuenta a BAYONA DE ALARCON BARBARA identificado con el carne 4260337-C Conyuge de ALARCON ROBERTO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Retiro De Protesis Fija Sobre Pilar, Hasta	1	70000	70000
Prote. Dentomuso O Combinada Mas De 5 Dientes "Inferior"	1	600000	600000
Obturación 1 Superficie Resina	1	43000	43000
Superficie Adicional	1	27000	27000
Panoramica	1	28000	28000

OBSERVACIONES

null

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

JULIO ROBERTO ALARCON BAYONA

Recibido a Satisfacción C.C. 9'525.594

creada por: pmoreno

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Barbara Bayona

CONYUGE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HERMANO ☐ T.C. ☐ ER ☐ R ☐

EDAD: 33 SEXO: M ☐ F ☒ CARNE: DOCIDENT. 24.111.538 DE 06

FAMILIAR DE: Roberto Alarcon

De Dr.: Carlos Nocuera
A: Dr.: ORTODONCIA

Tipo de Servicio: ODONTOLOGIA

Clínica u Hospital:

SIGNOS CONVENCIONALES

⊕	CARIES O RECIDIVA	ROJO
⊘	OBTURADO	AZUL
○	CORONA COMPLETA	AZUL
II	PROTESIS EXISTENTE	AZUL
X	EXTRACCION INDICADA	ROJO
⌐	SIN ERUPCIONAR	AZUL
↑	EXTRAIDA	AZUL
☐	ENDODONCIA	ROJO
⊙	ORTODONCIA	AZUL
Δ	CIRUGIA	ROJO
III	OTROS	ROJO

FECHA: DIA MES AÑO

EXAMEN INICIAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

1. (4-7-75)
2. (4-7-25)
3. (4-3-15) Diente 34
4. (4-3-20) Diente 34

FECHA: DIA MES AÑO

EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Diagnóstico: _____

ODONTOLOGO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Barbara Bayona de Marcos

CONYUGE HIJO PADRE HERMANO T.I. ☐ C.C. ☐ R ☐

EDAD 33 SEXO M ☐ F ☒ CARNE: EXCICONT. 24111.079 DE

FAMILIAR DE: Roberto Marcos

De Dr. Carlos Nocera

A: Dr. Ortodoncia

Tipo de Servicio: Odontología

Clínica u Hospital:

SIGNOS CONVENCIONALES

- CARIES O RECIDIVA — ROJO
- OBTURADO — AZUL
- CORONA COMPLETA — AZUL
- PROTESIS EXISTENTE — AZUL
- EXTRACCION INDICADA — ROJO
- SIN ERUPCIONAR — AZUL
- EXTRAIDA — AZUL
- ENDODONCIA — ROJO
- ORTODONCIA — AZUL
- CIRUGIA — ROJO
- OTROS — ROJO

FECHA DIA MES AÑO — EXAMEN INICIAL

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

1) C 4-2-15)

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA DIA MES AÑO — EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA DIA MES AÑO

Diagnóstico:

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01



4260337-C

Barbara

Bayona De Alarcón

Id. N°. 24,111,628 de Sogamoso

Fecha de Nacimiento: 02-06-1941

RH: B+

SENA

REGIONAL BOYACA

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.111.628

BAYONA De ALARCON

APELLIDOS

BARBARA

NOMBRES

FIRMA



Barbara

Bayona De Alarcón

Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio.
Su utilización indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas.

SENA

REGIONAL BOYACA

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-JUN-1941

SOGAMOSO

(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.43 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

25-ENE-1963 SOGAMOSO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-0727700-00126847-F-0024111628-20081112 0005804064A 1 7330006530

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **24111628**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
BARBARA BAYONA BELLO		02/06/1941	78 años	Casado(a)
Departamento	**Municipio**	**Nacionalidad**		**Genero**
Boyaca	SOGAMOSO	Colombiano(a)		Femenino
Dirección	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso**
BARRIO JOSE ANTONIO GALAN				11/09/2019
Teléfono Casa	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
3133094198				
EMail	**Ocupación**	**EPS**		
	HOGAR	SENA		
Acudiente y/o Acompañante:	**Identificación**	**Teléfono**		**Parentesco**
ROBERTO ALARCON	4260357	3133094198		Esposo(a)

Motivo de Consulta

Para sacar un diente.

Historia Enfermedad Actual

No

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
No.	

Antecedentes

Tipo	Observación
Diabetes- Hipertension	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

Losartan-

Alergias

No refiere

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Doctor

Dra. Laura M. Ordua
Enfasis Prostodoncia
C.O.C.

Paciente: Barbara Barona
CC: 24.111.628.

PARTICULAR

OrtoSonria

EVOLUCION DE TRATAMIENTO

FECHA	CONSULTA	EVOLUCION	FIRMA ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
11/09/19		se realiza exodoncia de 32 simple, se onele sia infiltrativa y se realizo exodoncia y se toma impresion para reparacion de protesis paciente deja protesis.	Dra. Laura M. Ortiz Enfermedades Prostodoncia C.O.C.	
14/09/19		se realiza entrega y adaptacion de reparacion de protesis inferior se le dan recomendaciones	Dra. Laura M. Ortiz Enfermedades Prostodoncia C.O.C.	
20/08/24		Paciente asiste a consulta odontologica, se realiza explicacion de procedimiento firma de consentimiento informada, se realiza restauracion en resina del diente 34. se verifica oclusion y se pule, Paciente conforme sale por sus medios	Jherson Moreno Salcedo ODONTOLOGO UNICOC CC 1053588040 JULIO R. ALARCON 13.	
19-09-24		Paciente asiste a consulta odontologica. se realiza explicacion de procedimiento firma de consentimiento, se pulen todo el inferior se toma color, paciente conforme sale por sus medios. se toma Rx panoramica.	Jherson Moreno Salcedo ODONTOLOGO UNICOC JULIO R. ALARCON 13. CC 1053588040	
16-10-24		Paciente asiste a consulta odontologica, se realiza prueba de enfilado, se verifica correcta oclusion y adaptacion, paciente conforme sale por sus medios. se envia al laboratorio para terminar	Jherson Moreno Salcedo ODONTOLOGO UNICOC CC 1053588040 JULIO R. ALARCON	

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Barbara Bayona

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 24 111628. FECHA ATENCION INICIAL /

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
28-11-24		Paciente asiste a consulta odontologica. se realiza explicacion de procedimiento, firma de consentimiento informado. Se realiza, Prueba adaptacion y entrega de Protesis inferior. se dan indicaciones de higiene y cuidado, Paciente conforme sale por sus medios.	Harbon Moreno Salcedo ODONTÓLOGO UNICOC C.C.1053588040 JULIO R. ALARCON B.	
		Paciente asiste a consulta odontologica. se realiza explicacion de procedimiento se realiza retiro de PPF 13-11, Se ordena Rx Pano odontologica y diagnostico		
18/11/2024		Se toma Rx Periapical Zona del 11-13-12.		JULIO R. ALARCON B.

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

CONSENTIMIENTO INFORMADO ODONTOLOGIA GENERAL

NOMBRES COMPLETOS:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
BARBARA	BAYONA	DE ALARCON
TIPO DOCUMENTO: RC( ) TI( ) CC( ) CE( ) OTRO( )	NUMERO DE DOCUMENTO:	
FECHA DE NACIMIENTO: JUNIO 2/41	EDAD: 83	TELEFONO: 3107844713
DIRECCION: CALLE 34 Nº 23-89	TIPO DE ASEGURADOR: SENA	NUMERO HISTORIA CLINICA: 24.111.628

El (la) suscito (a), Barbara Bayona identificado (a) como aparece al pie de mi firma, en mi calidad personal ( ) y/o, como representante y responsable del paciente cuyo nombre e identificación se encuentra registrado al inicio del presente documento, en pleno y normal uso de mis facultades mentales. **DECLARO:** Que el/ la profesional: Theson Alarcon, Odontóloga General, me ha explicado que me ha de realizar consulta **ODONTOLOGIA GENERAL**, que se trata de limpiezas, revisiones orales para mantener la salud de los dientes y encías, además de detectar signos tempranos de enfermedades dentales, adhesión dental para reparar pequeñas astillas o grietas. Se me ha informado de riesgos y complicaciones tales como: procesos edematosos, dolor e inflamación, infección del alvéolo, hematomas, laceraciones de la mucosa, hemorragia, fracturas dentales, comunicación Oro antral, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización y que por su proximidad, e independientemente de la técnica empleada y de su correcta realización, puede resultar lesionada alguna otra estructura, como el nervio dentario inferior o sus ramas terminales, o el nervio lingual, lo que implica la anestesia o insensibilidad en la zona del labio o mentón, que puede ser temporal o definitiva, o el seno maxilar que podría ser causa de sinusitis. **DURACION APROXIMADA DE LA CONSULTA** Ésta previsto que la intervención indicada según la condición clínica, tardara aproximadamente 35 min; Sin embargo, igualmente entiendo que puede prolongarse por más tiempo. También se me ha explicado que, durante el postoperatorio, deberá visitar a la odontóloga según la programación de citas de control, si es necesario y deberá cuidar meticulosamente la higiene oral mediante las técnicas que se me han indicado y seguir las recomendaciones que la profesional me ha hecho y me ha entregado por escrito. **ADMINISTRACION DE ANESTESICO LOCAL**. También se me ha explicado que la presente intervención puede requerir la aplicación por medio de una inyección de anestesia local cuyo principio activo, marca, concentración y cantidad, serán descritas en la tabla que se encuentra al final del presente documento y que hace parte del mismo; que es una sustancia que provoca el bloqueo reversible de la sensación dolorosa para efectuar el tratamiento sin dolor. La administración de la anestesia local puede provocar, entre otras, ulceraciones y dolor de la mucosa en el punto de la inyección, adormecimiento del labio, de la piel de la cara que desaparecerá espontáneamente de 1 a 4 horas, tiempo en que se deben evitar las mordeduras de los tejidos afectados, limitación del movimiento de apertura bucal, aumento o descenso de la tensión arterial, enrojecimiento, sensación de hormigueo, posibles pérdidas de sensibilidad, urticaria, asma, dermatitis, vértigo o mareo, lesión en tejidos blandos, edema angioneurótico, y en casos menos frecuentes o extremos, fibrilación ventricular que pueden requerir tratamiento urgente y traslado a un nivel de atención superior. Declaro haber leído y comprendido el contenido del presente documento, la magnitud, alcance y posibles consecuencias, secuelas o molestias derivadas del procedimiento que me fue explicado por la Odontóloga, es un vocabulario que es comprensible, aclarando dudas. En tales condiciones, **CONSIENTO** que se me practiquen los procedimientos odontológicos necesarios y relacionados en este documento. Resina 34

Para constancia se firma en la ciudad de Sogamoso a los 20 ( ) días del mes de Agosto del año 2024 ( ).

JULIO ROBERTO ALARCON

Firma del paciente o su responsable Legal y/o persona Responsable
CC. Nro. 9'525.594 de SOG.

Theresa Moreno Salcedo
ODONTÓLOGO
UNICOC

Firma de la Odontólogo General y Especializado
T.P. Nro. CC 1053588040
CC. Nro. _____ de _____

OrtoSonria	"Sistema de Gestión de la Calidad"		
	Proceso: GESTION DE CALIDAD		
CONSENTIMIENTO INFORMADO REHABILITACION ORAL			
Código: 001	Versión: 1	Fecha Aprobación: 28/09/2022	Página 1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTACION REHABILITACION ORAL

NOMBRES COMPLETOS:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
BARBARA	BAYONA	DE ALARCON
TIPO DOCUMENTO: RC( ) TI( ) CC(X) CE( ) OTRO( )	NUMERO DE DOCUMENTO: 24.111.628	3107844713
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	TELEFONO:
DIRECCION: CALLE 34 N° 23-89	TIPO DE ASEGURADOR:	NUMERO HISTORIA CLINICA:

El (la) suscito (a), Barbara Bayona identificado (a) como aparece al pie de mi firma, en mi calidad personal ( ) y/o, como representante y responsable del paciente cuyo nombre e identificación se encuentra registrado al inicio del presente documento, en pleno y normal uso de mis facultades mentales. DECLARO: Que el/la profesional: Yhelson Moreno, Odontóloga General, me ha explicado la necesidad sobre realizar el procedimiento odontológico de **REHABILITACION ORAL (PROTESIS FIJA Y/O REMOVIBLE PARCIAL O TOTAL).** El propósito principal es la reposición total o parcial de las piezas dentarias ausentes, o la reconstrucción anatómica de los dientes que han perdido estructura. La intervención consiste en la preparación de la boca mediante el tallado de los dientes adyacentes, o bien del correcto manejo de los tejidos blandos, y en la forma de impresión para la confección de los modelos. Se me han explicado los riesgos y complicaciones que se puedan presentar durante o después de realizado del tratamiento, tales como: Nauseas, ulceraciones, molestias, movilidad en caso de poco soporte óseo, des cementación de temporales y coronas definitivas, fractura de la estructura metálica o de la porcelana, fractura de prótesis, pre implantitis asociada a la mala higiene, con lo que es necesario un proceso de adaptación que puede exigir retoques, uso de aditamentos que corrijan posición de implantes, necesidad de cirugías periodontales para mejorar los defectos óseos y que puedan prolongarse por algún tiempo, por lo que deberé acudir periódicamente al consultorio. Sin embargo, igualmente entiendo que durante el tratamiento y después del mismo, deberé cuidar meticulosamente la higiene oral mediante las técnicas y recomendaciones que se me han indicado y entregado. **ADMINISTRACION DEL ANESTESICO LOCAL.** También se me ha explicado que la presente intervención puede requerir la aplicación por medio de una inyección de anestesia local cuyo principio activo, marca, concentración y cantidad, serán descritas en la tabla que se encuentra al final del presente documento y que hace parte del mismo; que es una sustancia que provoca el bloqueo reversible de la sensación dolorosa para efectuar el tratamiento sin dolor. La administración de la anestesia local puede provocar, entre otras, ulceración y dolor de la mucosa en el punto de la inyección, adormecimiento del labio, de la piel de la cara que desaparecerá espontáneamente de 1 a 4 horas, tiempo en que se deben evitar las mordeduras de los tejidos afectados, limitación del movimiento de apertura bucal, aumento o descenso de la tensión arterial, enrojecimiento, sensación de hormigueo, posibles pérdidas de sensibilidad, urticaria, asma, dermatitis, vértigo o mareo, lesión en tejidos blandos, edema angioneurótico y en casos menos frecuentes o extremos, fibrilación ventricular que pueden requerir tratamiento urgente y traslado a un nivel de atención superior. Declaro haber leído y comprendido el contenido del presente documento, la magnitud, alcance y posibles consecuencias, secuelas o molestias derivadas del procedimiento que me fue explicado por la odontóloga, en un vocabulario que es comprensible, aclarando dudas. En tales condiciones, **CONSIENTO** Que se me practiquen los procedimientos odontológicos necesarios y relacionados en este documento. Entrega PPR Inferior

Para constancia se firma en la ciudad de Soyapango los 18 días del mes de Noviembre del año 2024 ( ).

JULIO ROBERTO ALARCON B.
Firma del paciente o su responsable Legal y/o persona Responsable
CC. Nro. 9'525.594 de Soy.

Yhelson Moreno Salcedo
ODONTOLOGO
UNICOC
C.C. 1053588040
Firma de la Odontóloga General o Especialista
T.P. Nro.
CC. Nro.

Huella

Impreso: 2024-07-17

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 600

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 46368038

Favor atender por nuestra cuenta a JIMENEZ LOZANO ALEXANDRA identificado con el carne 19487748-C Conyuge de ALARCON GARCIA JOSE ALVARO Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Protesis Total Supurerior O Inferior	1	750000	750000
Obturación 1 Superficie Resina	2	43000	86000
Superficie Adicional	2	27000	54000

O B S E R V A C I O N E S

null

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 46368038

creada por: pmoreno

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: alexandra Jimenez

CONYUGE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HERMANO ☐ T.C ☐ ER ☐ R ☐

EDAD | SEXO M ☐ F ☒ | CARNE: 1948 7718 - 2 | DOCIDENT. 40.368.037 DE | FAMILIAR DE:

Dá Dr. Erika Nocuera | Tipo de Servicio: Odontologia | Clínica o Hospital:

At Dr. OLTO SORIZ

SIGNOS CONVENCIONALES | FECHA: DIA MES AÑO | EXAMEN INICIAL | Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

- CARIES O RECIDIVA — ROJO
- OBTURADO — AZUL
- CORONA COMPLETA — AZUL
- PROTESIS EXISTENTE — AZUL
- EXTRACCION INDICADA — ROJO
- SIN ERUPCIONAR — AZUL
- EXTRAIDA — AZUL
- ENDODONCIA — ROJO
- ORTODONCIA — AZUL
- CIRUGIA — ROJO
- OTROS — ROJO

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

1. (4-7-5) Superior
2. (4-3-15)
3. (4-3-15)
4. (4-3-15)
5. (4-3-20)

FECHA: DIA MES AÑO | EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA: DIA MES AÑO

Diagnósticos: _____

ODONTOLOGO

Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio. Su utilización indebida acarrea al funcionario y beneficiario sanciones establecidas por la entidad.

Alexandra
Jiménez Lozano
RH: O+

Fecha de Expedición: **10-06-2021**

19487748 - C

SENA
REGIONAL BOYACÁ
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

19487748 - CC



Alexandra
Jiménez Lozano
Id. N°. 46368038 de Sogamoso
Fecha de Nacimiento:
08-01-1969
RH: O+

SENA
REGIONAL BOYACÁ
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-ENE-1969
SOGAMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
23-OCT-1988 SOGAMOSO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-0787709-01194978 F-0046368038-20201230 0078787951A 1 9014194917

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 46.368.038
JIMENEZ LOZANO
APELLIDOS
ALEXANDRA
NOMBRES



HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **46368038**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
ALEXANDRA JIMENEZ LOZANO		08/01/1969	50 años	Casado(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO	**Nacionalidad** Colombiano(a)		**Genero** Femenino
Dirección CALLE 11 N 12-40	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso** 16/10/2019
Teléfono Casa 3134130670	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
EMail	**Ocupación** ADMINISTRADORA	**EPS** SENA		
Acudiente y/o Acompañante: JOSE ALVARO ALARCON	**Identificación** 19487748	**Teléfono** 3134130670		**Parentesco** Esposo(a)

Motivo de Consulta
Revisión de seng.

Historia Enfermedad Actual

Revision por Sistemas
Niega.

Tipo	Observación

Antecedentes
Niega

Tipo	Observación

Hábitos
niega.

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso
Niega.

Alergias
Niega.

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Doctor

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: Alexandra Jimenez Lozano

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: _____ **FECHA ATENCION INICIAL** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
		Previa firma de consentimiento informado paciente manifiesta dolencia de restauración pendiente 27 OM, se retira resina, se desmineraliza, se lava, se seca, se aisla, se aplica adherente se fotopolimeriza se realiza resina en tecnica incremental, se verifica oclusion, se eliminan excesos, se pule, se brilla, se dan recomendaciones, paciente sale en buenas condiciones	Dra. Erika Montes ODONTOLOGA GENERAL C.C. 1.087.489.708	
06/09/24	Toma impresion sup e inf Resina (36) sup	Paciente asiste a Consulta odontologica se TOMA impresion Sup e Inf para Protesis Total Superior Color A2 biodent se retira restauracion desadaptada a nivel del 36 (O.D) se desmineraliza se lava se seca se aplica adherente se fotopolimerizo se aplica Resina Color A2 se da Morfologia se fotopolimeriza se pule + se brilla paciente sale en buen estado de salud	Dra Evelin Figueroa Odontologa UNICOC	

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Alexandra Jimenez Lozano.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: _____ FECHA ATENCION INICIAL _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
10/09/24	Prueba Rodete Sup	Paciente asiste a Consulta odontologica se Realiza Prueba de Rodete Sup Se observa buena adaptacion del Rodete Se escoje el Color Az Gum biodent. Se envia para enfilado Paciente Sale en buen Estado de Salud	Dra. Evelin Figueroa Odontologa UNITEC	
01/10/24	Prueba enfilado Sup.	Paciente asiste a Consulta odontologica se Realiza Prueba de enfilado Sup Paciente manifiesta que quiere que los dientes le queden mas largos que pasen los de abajo se le explica que va a quedar con mordida profunda Sin embargo se Habla con lab. para dejarlos mas largos un poco y Se envia a darles color A2 biodent Acrilico convencional.	Dra. Evelin Figueroa Odontologa UNITEC	
15/10/24	entrega Protesis Sup.	Paciente asiste a Consulta odontologica se Realiza entrega de Protesis Sup se da Cuidados y Recomendaciones Protesicas y Se cita Nuevamente a Control	Dra. Evelin Figueroa Odontologa UNITEC	

Bodoco dy
PE: 28-09-24
FU: 13-10-24
Lot: 457
H. 11:00 am
Mary

OrtoSonria	CONSENTIMIENTO INFORMADO ODONTOLOGIA GENERAL

NOMBRES COMPLETOS:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
Alexandra	Jimenez	Lozano
TIPO DOCUMENTO: RC( ) TI( ) CC(X) CE( ) OTRO( )	NUMERO DE DOCUMENTO:	46368038
FECHA DE NACIMIENTO: 08/01/1969	EDAD: 50 años	TELEFONO:
DIRECCION:	TIPO DE ASEGURADOR:	NUMERO HISTORIA CLINICA:

El (la) suscito (a) Alexandra Jiménez Lozano identificado (a) como aparece al pie de mi firma, en mi calidad personal ( ) y/o, como representante y responsable del paciente cuyo nombre e identificación se encuentra registrado al inicio del presente documento, en pleno y normal uso de mis facultades mentales. **DECLARO**: Que el/ la profesional: Evelin Figueroa., Odontóloga General, me ha explicado que me ha de realizar consulta **ODONTOLOGIA GENERAL**, que se trata de limpiezas, revisiones orales para mantener la salud de los dientes y encías, además de detectar signos tempranos de enfermedades dentales, adhesión dental para reparar pequeñas astillas o grietas. Se me ha informado de riesgos y complicaciones tales como: procesos edematosos, dolor e inflamación, infección del alvéolo, hematomas, laceraciones de la mucosa, hemorragia, fracturas dentales, comunicación Oro antral, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización y que por su proximidad, e independientemente de la técnica empleada y de su correcta realización, puede resultar lesionada alguna otra estructura, como el nervio dentario inferior o sus ramas terminales, o el nervio lingual, lo que implica la anestesia o insensibilidad en la zona del labio o mentón, que puede ser temporal o definitiva, o el seno maxilar que podría ser causa de sinusitis. **DURACION APROXIMADA DE LA CONSULTA** Ésta previsto que la intervención indicada según la condición clínica, tardara aproximadamente _____; Sin embargo, igualmente entiendo que puede prolongarse por más tiempo. También se me ha explicado que, durante el postoperatorio, deberá visitar a la odontóloga según la programación de citas de control, si es necesario y deberá cuidar meticulosamente la higiene oral mediante las técnicas que se me han indicado y seguir las recomendaciones que la profesional me ha hecho y me ha entregado por escrito. **ADMINISTRACION DE ANESTESICO LOCAL**. También se me ha explicado que la presente intervención puede requerir la aplicación por medio de una inyección de anestesia local cuyo principio activo, marca, concentración y cantidad, serán descritas en la tabla que se encuentra al final del presente documento y que hace parte del mismo; que es una sustancia que provoca el bloqueo reversible de la sensación dolorosa para efectuar el tratamiento sin dolor. La administración de la anestesia local puede provocar, entre otras, ulceraciones y dolor de la mucosa en el punto de la inyección, adormecimiento del labio, de la piel de la cara que desaparecerá espontáneamente de 1 a 4 horas, tiempo en que se deben evitar las mordeduras de los tejidos afectados, limitación del movimiento de apertura bucal, aumento o descenso de la tensión arterial, enrojecimiento, sensación de hormigueo, posibles pérdidas de sensibilidad, urticaria, asma, dermatitis, vértigo o mareo, lesión en tejidos blandos, edema angioneurótico, y en casos menos frecuentes o extremos, fibrilación ventricular que pueden requerir tratamiento urgente y traslado a un nivel de atención superior. Declaro haber leído y comprendido el contenido del presente documento, la magnitud, alcance y posibles consecuencias, secuelas o molestias derivadas del procedimiento que me fue explicado por la Odontóloga, es un vocabulario que es comprensible, aclarando dudas. En tales condiciones, **CONSIENTO** que se me practiquen los procedimientos odontológicos necesarios y relacionados en este documento. Resina. 36 Toma Impresion

Para constancia se firma en la ciudad de Sogamoso a los 06 (dos) días del mes de Septiembre del año 2021. (___).

Firma del paciente o su responsable Legal y/o persona Responsable
CC. Nro. 46368038 de Sogamoso

Huella Dactilar

Firma de la Odontólogo General y Especializado
T.P. Nro. 1057610284
CC. Nro. 1057610284 de Sogamoso

Impreso: 2024-09-06

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 839

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 1145328052

Favor atender por nuestra cuenta a PATIÑO MARTÍNEZ GABRIEL ALEJANDRO identificado con el carne 9399100-F Hijo de PATIÑO CAMACHO JOSE GABRIEL Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Frankell Iii Bimbler Klamp Bionator (Activador) Sn	2	400000	800000

OBSERVACIONES

null

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Carol Eliana Martinez Bernal

Recibido a Satisfacción C.C. 1052389518

creada por: pmoreno

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Gabriel Potiño

CONYUGE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HERMANO ☐ T.C ☐ SR ☐ R ☐

EDAD: 7 | SEXO: M ☒ F ☐ | CARNE: 9399120-F | COLDENT. 1145328052 DE | FAMILIAR DE: Gabriel Potiño

De Dr.: Carlos Nocua | Tipo de Servicio: Odontología | Clínica u Hospital:

A: Dr.: Odontología

SIGNOS CONVENCIONALES			FECHA: DIA MES AÑO	EXAMEN INICIAL	Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA
⊕	CARIES O RECIDIVA	ROJO		VESTIBULAR	① (6-1-85) SVD
⊖	OBTURADO	AZUL			② (6-1-85) Jal
○	CORONA COMPLETA	AZUL			
⊟	PROTESIS EXISTENTE	AZUL			
⊠	EXTRACCION INDICADA	ROJO		DERECHO LINGUALES IZQUIERDO	
⊤	SIN ERUPCIONAR	AZUL			
↑	EXTRAIDA	AZUL			
▢	ENDODONCIA	ROJO		VESTIBULAR	
⊙	ORTODONCIA	AZUL	FECHA: DIA MES AÑO	EXAMEN FINAL	
Δ	CIRUGIA	ROJO		VESTIBULAR	
⊞	OTROS	ROJO			
				DERECHO LINGUALES IZQUIERDO	
FECHA: DIA MES AÑO				VESTIBULAR	

Diagnóstico: _____

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio. Su utilización indebida acarrea al funcionario y beneficiario sanciones establecidas por la entidad.

Gabriel Alejandro
Patiño Martínez
RH B+

9399100-F

Impreso por: carnet14@sena.edu.co

Fecha de Expedición: 16-11-2023

9399100-F



Gabriel Alejandro

Patiño Martínez

Id. N°.1145328052 de Duitama

Fecha de Nacimiento:
27-10-2016 RH: B+

SENA
REGIONAL BOYACÁ
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

ODONTOPEDIATRIA.

Fecha de Impresion 30/09/2019
Page 1 of 1

HISTORIA CLINICA

Registro Civil **1145328052**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
GABRIEL ALEJANDRO PATIÑO MARTINEZ		27/10/2016	2 años	Soltero(a)
Departamento	**Municipio**	**Nacionalidad**		**Genero**
Boyaca	SOGAMOSO	Colombiano(a)		Masculino
Dirección	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso**
CALLE 11A N 32 - 41				30/09/2019
Teléfono Casa	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
3115883978	3006287567			
EMail	**Ocupación**	**EPS**		
	MENOR DE EDAD	SENA		
Acudiente y/o Acompañante:	**Identificación**	**Teléfono**		**Parentesco**
CAROL ELIANA MARTINEZ BERNAL	1052389518	3115883978		Mama

Motivo de Consulta

"Dolor e inFlamación"

Historia Enfermedad Actual

Dolor en Organo dentario superior anterior hace aprox. cinco días.

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
Asma leve.	

Antecedentes

Tipo	Observación
Hospitalización por neumonía en dos ocasiones.	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

Salbutamol, Beclometazona.

Alergias

lactosa,

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Doctor Lesly Guerrero Rivera
Odontóloga Unimag
R.O. 470975

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Gabriel Alejandro Patiño

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1145328052 FECHA ATENCION INICIAL 10-08-2024

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
		se retepalmenta, se pule y se realiza control de oclusión. Se solicita tratamiento de ortopedia maxilar: puntos planos inclinados superior e inferior con tornillo de expansión transversal, se entrega orden a acudiente para autorización en EPS. Acudiente entiende y acepta, Se entrega orden Para toma Paquete de Ortopedia, y realizada tratamiento de Ortopedia.	LISETTE SALAMANCA ODONTOPEDIATRA 1052399156	
02/11/24	COR	Paciente menor de edad, asiste a consulta en compañía de su acudiente. Se realiza entrega y adaptación de aparatología ortopedica, se dan recomendaciones de uso y de higiene oral. Acudiente entiende y acepta	LISETTE SALAMANCA ODONTOPEDIATRA 1052399156	

BRACKETS DX. FECHA 02-11-24 RX 11-11-24 Labios sin Hábitos Nocivos Arcos Activos

OrtoSonria
Clínica Dental Clínica Odontológica S.A.S

CONSENTIMIENTO INFORMADO ODONTOPEDIATRIA

Nombre y Apellido: Gabriel Alejandro Patiño Martinez
Tipo de Identificación: TI **Número de Identificación:** 1145328052
Edad: 8 **Género:** M **Fecha de Nacimiento:** 27-10-2016
Dirección: Cra 1A B 24 **Teléfono:** 3115863978
Lugar: Sogamoso **Fecha:** 02-11-2024

El (la) suscito (a), Carol Martinez identificado (a) como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de representante legal de: Gabriel Patiño Martinez con número de identificación: 1145328052, en pleno y normal uso de mis facultades mentales. **DECLARO:** Que el/ la profesional: Lisette Salamanca, Odontopediatra, me ha explicado que me ha de realizar los procedimientos propios clínicos en **ODONTOPEDIATRIA**, que constan en el plan de tratamiento otorgando mi consentimiento para realizar las practicas necesarias al caso clínico. Estoy de acuerdo a que el niño sea sometido a anestesia local en caso de que fuera necesario, sabiendo los riesgos que ello implica, delegando al odontólogo la elección del tipo de anestesia. Se me ha explicado el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padece mi representado y su evolución natural, objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas del tratamiento que pueden ser practicadas, descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento o intervención, beneficios y complicaciones comunes que se pueden desencadenar durante o después del mismo, riesgos personales y entendiendo que ante alguna manifestación de complicaciones deberé acudir nuevamente al profesional tratante de mi representado. Conocemos los riesgos y complicaciones como dolor, inflamación, infección, fractura del elemento dentario por deterioro, pulpitis, hematoma y hemorragias. En tales condiciones, comprendo que la odonpediatría es el área de odontología que se encarga de restablecer la salud bucal integral de niños y adolescentes. He tenido información clara y suficiente, la oportunidad de preguntar y he obtenido respuestas satisfactorias, me siento libre para decidir de acuerdo a mis valores e intereses y me declaro competente para tomar la decisión que corresponda. Así mismo doy fe que mi representado fue oído y/o dio su aprobación a realizar el tratamiento.
Para constancia se firma en la ciudad de Sogamoso a los dos (02) días del mes de Noviembre del año 2024.

Procedimiento realizado: entrega de ferulas placas indirectas (ortopedia maxilar)

Firma del responsable
Legal y/o persona Responsable
CC. Nro. 1052389518 de Duitama

LISETTE SALAMANCA
ODONTOPEDIATRA
UNIVERSIDAD NACIONAL
1052399156

Firma de Odontopediatra
T.P. Nro. 1052399156
CC. Nro. _____ de _____

Gabriel Alejandro Patiño Martinez
Nombre del Paciente

Número de Identificación: 1145328052

Impreso: 2024-10-10

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1056

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 1105305071

Favor atender por nuestra cuenta a ORTIZ SERRATO LEIDY YURANI identificado con el carne 9523767-H Conyuge de GONZALEZ ROA NELSON Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Tercer Pago	1	700000	700000

O B S E R V A C I O N E S

null

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 1.105.305.071

creada por: pmoreno

Impreso: 2024-08-20

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 742

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 1105305071

Favor atender por nuestra cuenta a ORTIZ SERRATO LEIDY YURANI identificado con el carne 9523767-H Conyuge de GONZALEZ ROA NELSON Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Con Odontologo Especialista	1	60000	60000

OBSERVACIONES

null

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 1105305071

creada por: pmoreno

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Leidy ORTIZ

CONYUGE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HERMANO ☐ T.C ☐ ER ☐ R ☐

EDAD: 34 | SEXO: M ☐ F ☐ | CC/NS: 9523.767-C | DOC.IDENT: 1105.305.[illegible]DE

FAMILIAR DE: Nelson Gonzalez

De Dr.: Fabio Moreno

A: Dr.: ORTODONCIA

Tipo de Servicio: ODONTOLOGIA

Clínica u Hospital:

SIGNOS CONVENCIONALES

⊕	CARIES O RECIDIVA	ROJO
▭	OBTURADO	AZUL
O	CORONA COMPLETA	AZUL
II	PROTESIS EXISTENTE	AZUL
X	EXTRACCION INDICADA	ROJO
⌐	SIN ERUPCIONAR	AZUL
↑	EXTRAIDA	AZUL
□	ENDODONCIA	ROJO
⊙	ORTODONCIA	AZUL
Δ	CIRUGIA	ROJO
=	OTROS	ROJO

FECHA | DIA | MES | AÑO | EXAMEN INICIAL

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA: B (5-1-19) O (4-1-10)

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA | DIA | MES | AÑO | EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA | DIA | MES | AÑO

Diagnóstico: _____

ODONTOLOGO

9523767 - G



BENEFICIARIO

LEIDY YURANI
ORTIZ SERRATO
CC 1105305071
F.N. 30/09/1989
RH O+

Regional Tolima
Servicio Medico Asistencial

SERVICIO MEDICO
VENCE
FEBRERO 2024

Este carnet es estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio su utilización indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas.

FIRMA AUTORIZADA

Si por algun inconveniente se encuentra este carnet por favor dirigirse al SENA Regional Tolima.

Nelson Gonzalez Roa
C.C 9523767

ORTODONCIA

Fecha de Impresion 11/08/2023
Page 1 of 1

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **1105305071**

Nombre		**Fec. Nacimiento**	**Edad**	**Estado Civil**
LEIDY YURANI ORTIZ SERRATO		27/07/1992	31 años	Union Libre
Departamento	**Municipio**	**Nacionalidad**		**Genero**
Boyaca	SOGAMOSO	Colombiano(a)		Femenino
Dirección	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso**
SOGAMOSO				27/07/2023
Teléfono Casa	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
00	00	00		
EMail	**Ocupación**	**EPS**		
	Ama de casa	SENA		
Acudiente y/o Acompañante:	**Identificación**	**Teléfono**		**Parentesco**
00	00	00		Sin Registrar

Motivo de Consulta

NO

Historia Enfermedad Actual

NO, Tiempo de Evolucion: 1 Horas

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
(Negativo para todos los sistemas)	

Antecedentes

Tipo	Observación
Familiares: (Sin antecedentes médicos de importancia para realizar tratamiento odontológico) Personales: (Sin antecedentes médicos de importancia para realizar tratamiento odontológico)	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

NIEGA

Alergias

NIEGA

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, LEIDY YURANI ORTIZ SERRATO Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud Genera para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Doctor
CLINICA ORTOSONRIA SOGAMOSO
Reg.9002422209

Paciente
LEIDY YURANI ORTIZ SERRATO
Cédula de Ciudadanía 1105305071

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

NOMBRE DEL PACIENTE: Leydy Yorani Ortiz Serrano.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 1 105 305 071. FECHA ATENCION INICIAL _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
12-09-24	ortodon-	paciente de 34 años de Genero femenino. Con motivo de ortodoncia Con 9 meses de evolucion y presento actualmente .perfil Recto- .funcional normal .Esqueletico clase I .Dental: 45 incluido y Retenido., Apiñamiento Leve inferior, Diastemas entre 46 y 44., 41 y 42. Relacion Canino derecho II. Relacion molar derecha I Relacion Canino izquierdo I Relacion molar izquierdo I overjet Normal 2mm. overbite Normal 30% Linea media Coincidente. Regulare Exodoncia del 45. (diente incluido y Retenido). ortodoncia Correctiva por 12 meses	Dr. Jorge E Lora De la T Ortodoncista U.J.C.I.E.O. T.P. 5380	
10-10-24	ortodon	pro 16x22 de Arf Superior 016 de Acero inferior - Cubeta del 42 al 46. Combo LAST	Dr. Jorge E Lora De la T Ortodoncista U.J.C.I.E.O. T.P. 5380	

TERCER PAGO CONTROL (1-6)

Impreso: 2024-10-15

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1083

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 9522861

Favor atender por nuestra cuenta a CEPEDA CARDOZO LIBARDO ANTONIO identificado con el carne 46350651-C Conyuge de BARRERA SANCHEZ MARIA LEISY Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Panoramica	1	28000	28000

OBSERVACIONES

null

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 9522861

creada por: pmoreno

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Lisneda Cepeda

CONYUGE ☒ HIJO ☐ PADRE ☐ HERMANO ☐ T.S. ☐ E.R. ☐ R. ☐

EDAD: 6A | SEXO: M ☐ F ☒ | CEDULA: 1.635.651-e EXCLIDENT. 5.562.861 DE 506 | FAMILIAR DE: Mzelia Barrera

Dr. Dr.: Ezelvis Nocuera | Tipo de Servicio: ODONTOLOGÍA | Clínica u Hospital:

A: Dr.: ORTODONCIA

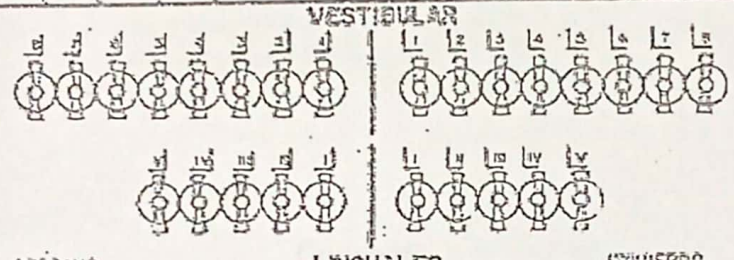
SIGNOS CONVENCIONALES

C	CARIES O RECIDIVA	ROJO
B	OBTURADO	AZUL
O	CORONA COMPLETA	AZUL
PE	PROTESIS EXISTENTE	AZUL
X	EXTRACCION INDICADA	ROJO
/	SIN ERUPCIONAR	AZUL
I	EXTRAIDA	AZUL
☐	ENDODONCIA	ROJO
⊙	ORTODONCIA	AZUL
Δ	CIRUGIA	ROJO
III	OTROS	ROJO

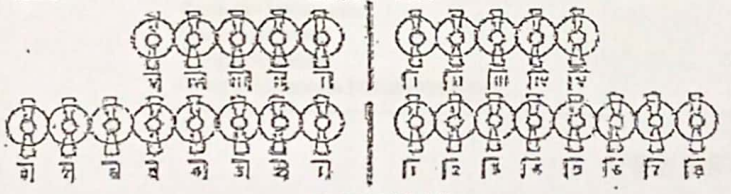
FECHA: DIA MES AÑO — EXAMEN INICIAL

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA: D (4-2-15)

VESTIBULAR



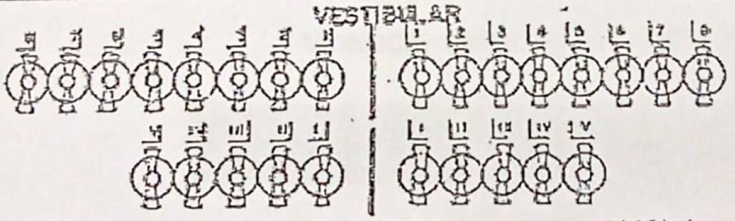
DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO



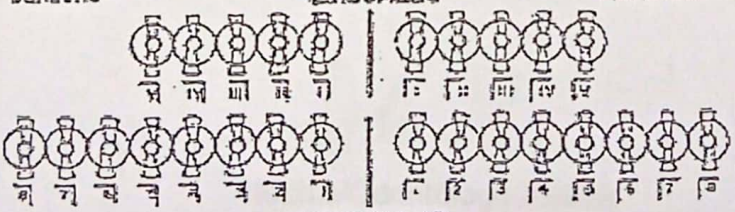
VESTIBULAR

FECHA: DIA MES AÑO — EXAMEN FINAL

VESTIBULAR



DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO



VESTIBULAR

FECHA: DIA MES AÑO

Diagnóstico: _____

ODONTOLOGO

Impreso: 2024-10-23

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1123

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 9522861

Favor atender por nuestra cuenta a CEPEDA CARDOZO LIBARDO ANTONIO identificado con el carne 46350651-C Conyuge de BARRERA SANCHEZ MARIA LEISY Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Multiradicular (Incluido Rx) Diente Permanente	1	400000	400000
Periapical Y Coronal	1	14000	14000

OBSERVACIONES

null

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 9522861

creada por: pmoreno

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Limaida Lepeda

CONYUGE HIJO PADRE HERMANO T.S. ER R

EDAD: CA SEXO: M X F CARNE: 46350651 DOC.IDENT. 9.512.861 DE

FAMILIAR DE: Maria Bravo

De Dr. Ezbis Nocera

A: Dr. ORTODONCIA

Tipo de Servicio: odontologia

Clínica u Hospital:

SIGNOS CONVENCIONALES

- CARIES O RECIDIVA — ROJO
- OBTURADO — AZUL
- CORONA COMPLETA — AZUL
- PROTESIS EXISTENTE — AZUL
- EXTRACCION INDICADA — ROJO
- SIN ERUPCIONAR — AZUL
- EXTRAIDA — AZUL
- ENDODONCIA — ROJO
- ORTODONCIA — AZUL
- CIRUGIA — ROJO
- OTROS — ROJO

FECHA DIA MES AÑO — EXAMEN INICIAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

(1) (4-2-5)

Diente 47

(2) (4-4-20)

FECHA DIA MES AÑO — EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA DIA MES AÑO

Diagnóstico:

ODONTOLOGO



46350651-C

Libardo Antonio
Cepeda Cardozo

Id. N°. 9,522,861 de Sogamoso
Fecha de Nacimiento: 18/12/1959
RH: O+

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Libardo Antonio
Cepeda Cardozo

Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio.
Su utilización indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas.

SENA
REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

HISTORIA CLINICA

LIBARDO ANTONIO CEPEDA CARDOZO

Cédula de Ciudadanía nro. 9522861

Nombre LIBARDO ANTONIO CEPEDA CARDOZO	**Fec. Nacimiento** 18/12/1959	**Edad** 64 años	**Estado Civil** Casado(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO		**Genero** Masculino
Dirección VDA VANEGAS	**Nacionalidad** Colombiano(a)	**Vinculacion** Particular	**Fec. Ingreso** 21/06/2019
Teléfono Casa 3112652028	**Teléfono Celular** 0	**Teléfono. Oficina** 0	
EMail 0	**Ocupación** INGENIERO	**EPS** SENA	

Acudiente y/o Acompañante: MARIA LESLY SANCHEZ	**Identificación** 0	**Teléfono** 3112652028	**Parentesco** Esposo(a)

Motivo de Consulta

valoracion

Historia Enfermedad Actual

Asintomático, Tiempo de Evolucion: 0 Horas

Revision por Sistemas

* (Negativo para todos los sistemas).

Antecedentes

* Familiares: (Sin antecedentes médicos de importancia para realizar tratamiento odontológico).
* Personales: (Sin antecedentes médicos de importancia para realizar tratamiento odontológico).

Hábitos

* NINGUNO.

Alergias

Medicamentos en Uso

Yo, LIBARDO ANTONIO CEPEDA CARDOZO declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Doctor(a)
CLINICA ORTOSONRIA SOGAMOSO
Reg.9002422209

Paciente
LIBARDO ANTONIO CEPEDA CARDOZO
Cédula de Ciudadanía 9522861

SOGAMOSO-BOYACÁ

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Libardo Cepeda (SENA)

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 9522861 FECHA ATENCION INICIAL _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
14/08/23	Entrega corona 46.	Px ingresa por sus propios medios se realiza prueba de corona se verifica adaptabilidad, se cementa con cemento de ortofosfato se dan recomendaciones de cuidado e higiene, el px sale satisfecho y por sus propios medios.	Dra. Laura Yañez Galeano C.C. 1.094.990.264 Reg. HUS 018033 Odontóloga FUAM	
15/08/23	Resina 2 sup del 27.	Se realizó preparación a cavidad en mal estado de resina del 27 en oclusal/mesial, se preparó con fresa pera, desmineralizante 15 seg y adhesivo, se restaura con resina compuesta bulk se elegea oclusión, se pule, brilla y se dan recomendaciones	Dra. Laura Yañez Galeano C.C. 1.094.990.264 Reg. HUS 018033 Odontóloga FUAM	
15/10/2024		se entrega orden Rx panoramica		
21-10-24		Paciente asiste a consulta odontologica se realiza valoracion clinica y radiografica de diente 47. se toma Rx periapical Paciente requiere endodoncia multiradicular de dicho diente. Paciente conforme sale por sus medios. Cita: 22-10-24.		

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Libardo Antonio Cereda

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 9522861 FECHA ATENCION INICIAL 21-10-2024

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
21-10-2024	Endodoncia multirradicular diente # 47	Se aplica una carpula de anestesia con tecnica troncular para el nervio dentario inferior y largo bucal con roxicaina 2% # 2 carpulas, se retira resina y se realiza apertura endodontica, se localiza entrada de conducto, se adapta aislamiento absoluto con tela de caucho se realiza necropulpectomia. Se toma con conductometrias con localizador apical y radiografia #1, longitudes de trabajo Cmv 22 mmCML 25 mm CD 24 mm. Instrumentacion quimiomecanica con sistema reciprocante, irrigacion con hipoclorito de sodio al 5%, obturacion definitiva con tecnica de condensacion lateral y vertical Rx #2 Pendientes corte y condensacion con calor Se Sella cavidad con cemento Rx # 3 Final Tratamiento endodontico Terminado continua con rehabilitacion oral. Se medica con amoxicilina capsulas de 500 mg N°15 Tomar una cada 6 horas por 5 dias Hibuprofeno Tabletas de 400 mg N° 12 Tomar Una por Cada 6 horas.		
08/11/2024.	Endodoncia desobturacion diente #47.	Se realizo desobturacion diente #47, se desobturan 19 mm de la raiz distal con Fresa peezo #1, dejando 5 mm de gutapercha apical, se deja sellado en camara con teflon y coltosol, se continua tratamiento de nucleo y corona en rehabilitacion oral.		
08-11-2024	Toma Impresion Para Provisional	Se Toma Impresion Para Provisional de diente # 47 Cda A3 guayabolent		

Kit Endodoncia Fe 22-10-24 Fv 22-05-25 Lote 900 H 10 am Milena

Kit endodoncia Fe 22-10-24 Fv 22-11-24 Lote 900 H 11 a 9 am Milena

CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDODONCIA

Ciudad: SOGAMOSO **Fecha:** Oct/22/2024

Yo, Libardo Cepeda identificado (a) con tipo y numero de documento: 9.522861 en mi calidad de paciente ( ) o representante ( ) de Sogamoso actuando bajo pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente otorgo mi consentimiento al doctor (a) SANDRA BIBIANA RODRIGUEZ GUTIERREZ, para que en ejercicio legal de su profesión se practique el /los procedimiento (s) Endodoncia diente 47 derivado del diagnóstico clínico: P-Apical.

En consecuencia, a lo anterior, declaro que me ha sido informado sobre los propósitos, objetivos, pruebas y/o procedimientos y explicado lo siguiente:

El **Objetivo** principal del tratamiento de endodoncia es el retiro pulpar inflamado o infectado y la posterior limpieza, desinfección y relleno de la cámara pulpar y los conductos radiculares con un material que selle la cavidad e impida el paso de bacterias y toxinas.

Consideraciones:

Es factible que la infección o el proceso quístico o granulomatoso no se elimine totalmente o que no logre la limpieza, desinfección y relleno optimo de los conductos radiculares, por lo que puede ser necesario acudir a un retratamiento o a cirugía periapical (limpieza de la zona alrededor del vértice o ápice de la raíz) al cabo de algunas semanas, meses o incluso años.

Es posible que después del tratamiento de endodoncia la pieza dentaria cambie de color y se oscurece ligeramente o que se debilite y tienda a fracturarse por lo que puede ser necesario realizarse una corona y/o requerir algún refuerzo intrarradicular (pernos, núcleos o espigos).

Una vez finalizado el tratamiento de endodoncia es necesario realizar la obturación definitiva, operatoria, incrustación o una corona, la rehabilitación debe ser realiza como máximo 15 días calendario posterior al tratamiento endodóntico, fracasos que sean derivados de este no aplicaría la garantía.

La rehabilitación de la pieza endodónticamente tratada debe realizarse en el mismo establecimiento de lo contrario **ORTOSONRIA** no se ha responsable de garantías por fracasos en el tratamiento realizado.

Posibles Complicaciones:

El tratamiento de endodoncia puede requerir la aplicación de anestesia local, cuyos riesgos pueden ser los siguientes: Dolor en la zona de la inyección, fractura de la aguja, parálisis facial, parálisis del velo del paladar, persistencia en efecto del anestésico, inflamación por infiltración de vasos sanguíneos, hematomas, auto mordedura, trismus, entre otros.

En un procedimiento de endodoncia se pueden presentar perforaciones de la estructura dental por falta de visibilidad o por estructuras anatómicas dentarias especificas del paciente, que impliquen un mal pronostico del diente e incluso la perdida del mismo.

Durante la des obturación o preparación del conducto se pueden presentar fracturas de limas o fresas dentro del mismo.

Durante la des obturación o preparación del conducto para pernos, espigas o núcleos se pueden presentar sobre las obturaciones completas del mismo. (Empuje de material al hueso o eliminación completa del material).

Impreso: 2024-10-15

SENA

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1080

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 46350278

Favor atender por nuestra cuenta a HENAO CIFUENTES GRACIELA identificado con el carne 9516812-C Conyuge de RODRIGUEZ PEREZ CARLOS ALBERTO Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Panoramica	1	28000	28000

O B S E R V A C I O N E S

null

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Graciela Henao Cifuentes

Recibido a Satisfacción C.C. 46350278

creada por: pmoreno

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Graciela Hernandez

CONYUGE ☐ HIJO ☐ PADRE ☐ HERMANO ☐ T.C. ☐ E.R. ☐ R. ☐

EDAD: 70 SEXO: M ☐ F ☒ CARNE: 9516812-C DOCIDENT. 40.350.278 DE

FAMILIAR DE: Carlos Valencia

De Dr.: Lalis Nocera

A: Dr.: ORTODONCIA

Tipo de Servicio: ODONTOLOGÍA

Clínica u Hospital:

SIGNOS CONVENCIONALES

⊗	CARIES O RECIDIVA	ROJO
⊠	OBTURADO	AZUL
O	CORONA COMPLETA	AZUL
II	PROTESIS EXISTENTE	AZUL
X	EXTRACCION INDICADA	ROJO
⊥	SIN ERUPCIONAR	AZUL
↑	EXTRAIDA	AZUL
☐	ENDODONCIA	ROJO
⊙	ORTODONCIA	AZUL
Δ	CIRUGIA	ROJO
III	OTROS	ROJO

FECHA | DIA | MES | AÑO | EXAMEN INICIAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA: (1) 14-2-15

FECHA | DIA | MES | AÑO | EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA | DIA | MES | AÑO

Diagnóstico:

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01



9516812-C

Graciela

Henao Cifuentes

Id. N°. 46,350,278 de Sogamoso

Fecha de Nacimiento: 24-02-1954

RH: O+

SENA

REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Graciela

Henao Cifuentes

Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio.
Su utilización indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas.

SENA

REGIONAL BOYACA
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **46350278**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
GRACIELA HENAO CIFUENTES		24/02/1954	65 años	Casado(a)
Departamento	**Municipio**	**Nacionalidad**		**Genero**
Boyaca	SOGAMOSO	Colombiano(a)		Femenino
Dirección	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso**
CARRERA 19 3-65				10/04/2019
Teléfono Casa	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
3142917086				
EMail	**Ocupación**	**EPS**		
	AMA DE CASA	SENA		
Acudiente y/o Acompañante:	**Identificación**	**Teléfono**		**Parentesco**
RODIGUEZ PEREZ CARLOS ALBERTO	9516812	3115708410		Esposo(a)

Motivo de Consulta

para consulta para protesis

Historia Enfermedad Actual

NO -

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
NO -	

Antecedentes

Tipo	Observación
Hipertension - azucar - Tiroides.	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

losartan - salbumet. - quetiapx =.

Alergias

Tramadol - Guanidine.

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Doctor

X Graciela Henao Cifuentes

SENA

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Graciela Hernández Cifuentes.

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 46350278 FECHA ATENCION INICIAL _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
18/09/23	Prueba enfilado	Se realizó prueba de enfilado con muy buena adaptación, oclusión, color y la paciente está satisfecha, se envía para cerlado.	Dra. Laura Pelaez Galeano Cc 1.234.990.264 RETHUS 018033 Odontóloga FUAM	
05/10/23	Entrega Prótesis.	Se realizó prueba de prótesis total convencional cerlada, satisfacción por ambas partes, se dan recomendaciones de higiene y cuidado, se sale con su acompañante en perfectas condiciones.	Dra. Laura Pelaez Galeano Cc 1.234.990.264 RETHUS 018033 Odontóloga FUAM	
16-10-24		Se da Orden para toma Rx Panoramica.		

Impreso: 2024-10-23

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1130

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 21217683

Favor atender por nuestra cuenta a PADILLA MARTINEZ MARINA identificado con el carne 4261412-C Conyuge de TOVAR HERNANDEZ EFRAIN Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Retratamiento Diente Unirradicular	1	260000	260000

OBSERVACIONES

null

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 21217683

creada por: pmoreno

Impreso: 2024-10-29

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1165

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 21217683

Favor atender por nuestra cuenta a PADILLA MARTINEZ MARINA identificado con el carne 4261412-C Conyuge de TOVAR HERNANDEZ EFRAIN Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Urgencias (	1	80000	80000

OBSERVACIONES

null

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 21217683

creada por: pmoreno

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Mzeina Padilla

CONYUGE [X] HIJO [ ] PADRE [ ] HERMANO [ ] T.C. [ ] E.R. [ ] R. [ ]

EDAD 16 | SEXO M [ ] F [X] | CARNE: 4261412-E | CC/CEDENT. 21.219.685 DE Vill.

FAMILIAR DE: Elvin Lozada

Dx Dr. Lzlo. Nocera

At Dr. ortodoncia

Tipo de Servicio

Clínica u Hospital

SIGNOS CONVENCIONALES

FECHA DIA MES AÑO — EXAMEN INICIAL

Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

- CARIES O RECIDIVA — ROJO
- OBTURADO — AZUL
- CORONA COMPLETA — AZUL
- PROTESIS EXISTENTE — AZUL
- EXTRACCION INDICADA — ROJO
- SIN ERUPCIONAR — AZUL
- EXTRAIDA — AZUL
- ENDODONCIA — ROJO
- ORTODONCIA — AZUL
- CIRUGIA — ROJO
- OTROS — ROJO

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

1 (4-2-5) Diente 25

2 (4-1-1.2) Endodoncia

FECHA DIA MES AÑO — EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA DIA MES AÑO

Diagnóstico:

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01

Marina

Este carné es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio.
Su utilización indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas.



4261412-C

Marina

Padilla Martínez

Id. N°.21,217,683 de Villavicencio

Fecha de Nacimiento: 27/09/1949

SENA

REGIONAL BOYACA

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **21217683**

Nombre		Fec. Nacimiento	Edad	Estado Civil
MARINA PADILLA MARTINEZ		27/09/1949	69 años	Casado(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO	**Nacionalidad** Colombiano(a)		**Genero** Femenino
Dirección CALLE 35 10 B 119	**Tipo**	**Cotizante**		**Fec. Ingreso** 03/07/2019
Teléfono Casa 3124614042	**Teléfono Celular**	**Teléfono. Oficina**		
EMail	**Ocupación** AMA DE CASA	**EPS** SENA		
Acudiente y/o Acompañante: EFRAIN TOVAR HERNANDEZ	**Identificación** 424412	**Teléfono** 3124614042		**Parentesco** Esposo(a)

Motivo de Consulta

Iniciar tratamiento.

Historia Enfermedad Actual

No refiere.

Revision por Sistemas

Tipo	Observación
Hipertensión arterial.	

Antecedentes

Tipo	Observación
Histerectomía	

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

Teveten, Nabilo.

Alergias

No refiere.

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Doctor Lisly Guerrero Rivera
Odontóloga Unimag
R.O. 470979

SOGAMOSO-BOYACÁ

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Marina Padilla

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 21217683 **FECHA ATENCION INICIAL** _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
14-8-23		Paciente asiste a consulta odontologica, se realiza explicacion de Procedimiento. Se Prueba corona Pero no se evidencia adaptacion en palatinodistal. Se envia a laboratorio para corregir. Se cementa provicional, Paciente manifiesta conformidad y sale por sus medios	Therson Moreno Saleedo ODONTOLOGO UNICOC CC 1053588040	
22-08-23		Paciente asiste a consulta odontologica, se realiza explicacion de procedimiento, firma de consentimiento informado. Se prueba corona al verificar oclusion se evidencia fractura de ceramica a nivel palatino-cervical. Se envia a laboratorio para correccion. paciente sale por sus propios medios.	Therson Moreno Saleedo ODONTOLOGO UNICOC CC 1053588040	
29-8-23		Paciente asiste aconsulta odontologica Se realiza explicacion de procedimiento, firma de consentimiento informado. Se realiza Prueba adaptacion y cementacion de corona individual diente 13 se verifica oclusion, Se cementa con cemento resinoso dual. Paciente manifiesta conformidad y sale Por sus medios se cita para control a dios	Therson Moreno Saleedo ODONTOLOGO UNICOC CC 1053588040	
22-10-2024	Valoracion diente # 25	Paciente asiste a consulta odontologica se realiza valoracion clinica y radiografica en la cual se evidencia lesion apical dicha diente ya fue tratado		

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Marina Padilla

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 27217623 FECHA ATENCION INICIAL 22-10-24

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
		endodontico paciente requiere retratamiento de diente 25 se le explica y ki pte manifiesta entender Paciente Sale por sus propio medios.	Dra. Yorlyn Moreno Salcedo ODONTOLOGO UNICO CC 1053588040	
29-10-24		Paciente femenino asiste a consulta. en compañia de la hija como acudiente paciente refiere dolor e inflamacion aproximadamente 15 dias paciente refiere ser portadora cantidada. paciente y acudiente leen y actaizan consentimiento informado para terapia de hidroxido de calcio se coloca una cavidad de anestesia lidocaina al 2% y epinefrino al 1'800 se retira resina de fotocurado ocluso palatina desadaptada se ubica conducto unico se despetra a 21.5mm. tomando como punto de referencia cuspide vestibular. se lava con hipoclorito de sodio se seca y se deja hidroxido de calcio dentro del conducto para disminuir carga bacteriana se deja mota de algodon cemento temporal y control de oclusión se toma radiografia verificando longitud de trabajo paciente sale sin ninguna complicacion		

Paciente # 15 Dr Jhesson 22-10-2024

OrtoSonria

CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDODONCIA

Ciudad: Bucaramanga **Fecha:** 29/10/2024

Yo, Monica Tovar Padilla identificado (a) con tipo y numero de documento: 1118535468 en mi calidad de paciente ( ) o representante ( ) de Yopal actuando bajo pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente otorgo mi consentimiento al doctor (a) Paola Ibanez Acero, para que en ejercicio legal de su profesión se practique el /los procedimiento (s) Retratamiento derivado del diagnóstico clínico: _____.

En consecuencia, a lo anterior, declaro que me ha sido informado sobre los propósitos, objetivos, pruebas y/o procedimientos y explicado lo siguiente:

El **Objetivo** principal del tratamiento de endodoncia es el retiro pulpar inflamado o infectado y la posterior limpieza, desinfección y relleno de la cámara pulpar y los conductos radiculares con un material que selle la cavidad e impida el paso de bacterias y toxinas.

Consideraciones:

Es factible que la infección o el proceso quístico o granulomatoso no se elimine totalmente o que no logre la limpieza, desinfección y relleno optimo de los conductos radiculares, por lo que puede ser necesario acudir a un retratamiento o a cirugía periapical (limpieza de la zona alrededor del vértice o ápice de la raíz) al cabo de algunas semanas, meses o incluso años.

Es posible que después del tratamiento de endodoncia la pieza dentaria cambie de color y se oscurece ligeramente o que se debilite y tienda a fracturarse por lo que puede ser necesario realizarse una corona y/o requerir algún refuerzo intrarradicular (pernos, núcleos o espigos).

Una vez finalizado el tratamiento de endodoncia es necesario realizar la obturación definitiva, operatoria, incrustación o una corona, la rehabilitación debe ser realiza como máximo 15 días calendario posterior al tratamiento endodóntico, fracasos que sean derivados de este no aplicaría la garantía.

La rehabilitación de la pieza endodónticamente tratada debe realizarse en el mismo establecimiento de lo contrario **ORTOSONRIA** no se ha responsable de garantías por fracasos en el tratamiento realizado.

Posibles Complicaciones:

El tratamiento de endodoncia puede requerir la aplicación de anestesia local, cuyos riesgos pueden ser los siguientes: Dolor en la zona de la inyección, fractura de la aguja, parálisis facial, parálisis del velo del paladar, persistencia en efecto del anestésico, inflamación por infiltración de vasos sanguíneos, hematomas, auto mordedura, trismus, entre otros.

En un procedimiento de endodoncia se pueden presentar perforaciones de la estructura dental por falta de visibilidad o por estructuras anatómicas dentarias especificas del paciente, que impliquen un mal pronostico del diente e incluso la perdida del mismo.

Durante la des obturación o preparación del conducto se pueden presentar fracturas de limas o fresas dentro del mismo.

Durante la des obturación o preparación del conducto para pernos, espigas o núcleos se pueden presentar sobre las obturaciones completas del mismo. (Empuje de material al hueso o eliminación completa del material).

Riesgos personalizados:

Impreso: 2024-10-02

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: BOYACA**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1017

Adscrito:	720151 - ORTOSONRIA
Dirección:	SOG.CRA 10 No 12-60/ TUNJA.CRA 12 No 20-10
Teléfono(s):	7752641-3123006198 - 7438582-3204914004
Especialidad:	ODONTOLOGIA GENERAL - ODONTOLOGIA GENERAL

HC: 37213085

Favor atender por nuestra cuenta a ROLON DE PEREZ HILDA identificado con el carne 1177389 -C Conyuge de PEREZ TEJEDOR LUIS DE JESUS Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Exodoncia Semi-Incluidos	1	180000	180000

O B S E R V A C I O N E S

null

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 30 DIAS, MEDICAMENTOS 15 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 60 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: pmoreno

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN
PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ODONTOLOGÍA

PACIENTE: Nelda Robo

CONYUGE ☒ HIJO ☐ PADRE ☐ HERMANO ☐ T.S. ☐ ER ☐ R ☐

EDAD 78 | SEXO M ☐ F ☒ | CARNE: 1177379-C | ACCIDENT. DE | FAMILIAR DE: Luis De Jesús Perez.

De Dr. Carlos Nocera
A: Dr. ORTODONCIA

Tipo de Servicio: Odontología | Clínica u Hospital:

SIGNOS CONVENCIONALES | FECHA DIA MES AÑO | EXAMEN INICIAL | Tipo de Servicio Uso Exclusivo SENA

- CARIES O RECIDIVA — ROJO
- OBTURADO — AZUL
- CORONA COMPLETA — AZUL
- PROTESIS EXISTENTE — AZUL
- EXTRACCION INDICADA — ROJO
- SIN ERUPCIONAR — AZUL
- EXTRAIDA — AZUL
- ENDODONCIA — ROJO
- ORTODONCIA — AZUL
- CIRUGIA — ROJO
- OTROS — ROJO

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

1) 14-6-22
Diente 33

FECHA DIA MES AÑO | EXAMEN FINAL

VESTIBULAR

DERECHO — LINGUALES — IZQUIERDO

VESTIBULAR

FECHA DIA MES AÑO

Diagnóstico:

ODONTOLOGO

GTH-F-005 V.01



1177389-C

Hilda

Rolon De Perez

Id. N°. 37,213,085 de Cucuta

Fecha de Nacimiento: 17-05-1946

RH: O+

SENA

REGIONAL BOYACA

SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 37.213.065

ROLON De PEREZ

APELLIDOS

HILDA

NOMBRES



FIRMA

HISTORIA CLINICA

Cédula de Ciudadanía **37213085**

Nombre HILDA ROLON DE PEREZ		**Fec. Nacimiento** 17/05/1973 **Edad** 46 años	**Estado Civil** Casado(a)
Departamento Boyaca	**Municipio** SOGAMOSO	**Nacionalidad** Colombiano(a)	**Genero** Masculino
Dirección CRA 20 13 A 88	**Tipo**	**Cotizante**	**Fec. Ingreso** 05/03/2020
Teléfono Casa	**Teléfono Celular** 3128016098	**Teléfono. Oficina**	
EMail	**Ocupación** HOGAR	**EPS** SENA	
Acudiente y/o Acompañante: PEREZ ROLON CLAUDIA	**Identificación**	**Teléfono** 3114446368	**Parentesco** Hijo(a)

Motivo de Consulta

Vengo por tratamiento del Senci?.

Historia Enfermedad Actual

Revision por Sistemas

Tipo	Observación

Antecedentes

Tipo	Observación

Hábitos

Tipo	Observación
NINGUNO	

Medicamentos en Uso

Teveten 600mg, Cardioaspirina.

Alergias

No es alergica.

Cambios Posteriores

Fecha	Observación

Yo, Declaro que la Informacion consignada en este documento es veridica y me comprometo a informar oportunamente a la Clinica todos los cambios posteriores que afecten mi Salud General para que el odontologo pueda tomar todas las debidas precauciones.

Anne A. Quiceno Z.
Odontóloga
Universidad Autónoma de Manizales
R.M. 1016038245

Doctor

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

SOGAMOSO-BOYACÁ

NOMBRE DEL PACIENTE: Hilda Polan De Prera

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: 37213 085. FECHA ATENCION INICIAL _____

FECHA/ HORA DE ATENCION	TIPO DE CONSULTA	EVOLUCION DE TRATAMIENTO	FIRMA DE ODONTOLOGO	FIRMA DEL PACIENTE
		Se coloca una segunda capa de adhesivo, se realiza Fotocurado, y se procede obturación en resina del diente 31 (V) realizando Fotocurado entre capa y capa hasta finalizar restauración. Por ultimo, se realiza verificación de puntos de contacto, oclusión y brillo de la obturación, Paciente manifiesta su satisfacción y se retira de la consulta por sus propios medios consciente y orientada.	Dra. Yuliana Paola Zuñiga ODONTÓLOGA Universidad del Sinú REG. 1005625949	
26-09-24		Orden Rx panoramica		
30-10-24	Control 33	Paciente ingresa para control de 33 se encuentra pendiente se pasa consultorio se realiza asepsia y antisepsia coloca campos estériles se aplica anestesia local bucal 2% CE 1:80000 infiltrada en 33, mucosa, oclusal, lingual y palatina de 33 cuello, bucal y sutura con seda 3-0. Se explica se da recomendaciones y recetas	Dr. Esteban Erazo E. Cirujano Oral y Maxilofacial Universidad Nacional C.C. 1.026.573.488	

Rx cirugía FC 9-10-24 FV 9-04-25 Lote 924 H 4:00pm Alejandra

ortosonria10@hotmail.com 7752641/3213017157 Cra 10 N° 12-60 SOGAMOSO- BOYACÁ

OrtoSonria
Estética Dental Clínica Odontológica S.A.S

CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGÍA ORAL:
Exodoncia quirúrgica o de incluidos.

Yo, [illegible] Rda, identificado (a) con documento de identidad número: 3771302 de Cucuta como paciente (o acudiente) de _____, identificado (a) con documento de identidad número: _____ de _____. He sido informado(a) por el (la) doctor (a): Esteban Ortiz sobre la(s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial(es): Exodoncia 33 _____; Se me ha ofrecido como alternativa: NA, sin embargo, según lo explicado, he elegido el tratamiento principal que consiste(n) en: Exodoncia 33 _____

Los beneficios de la intervención son: AMBIENTACION QUIRÚRGICA, DEVOLVER O MANTENER SALUD ORAL, PREVENCIÓN DE POSIBLES COMPLICACIONES, MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA, ELIMINAR O EVITAR FOCOS INFECCIOSOS.

También se me ha explicado que la presente intervención puede requerir la aplicación por medio de una inyección de anestesia local (principio activo, marca, concentración y cantidad, serán descritas en la historia clínica); que es una sustancia que provoca el bloqueo reversible de la sensación dolorosa para efectuar el tratamiento sin dolor. La administración de la anestesia local puede provocar, entre otras, ulceración y dolor de la mucosa en el punto de la inyección, adormecimiento del labio, de la piel de la cara que desaparecerá espontáneamente de 1 a 4 horas, tiempo en que se deben evitar las mordeduras de los tejidos afectados, limitación del movimiento de apertura bucal, aumento o descenso de la tensión arterial, enrojecimiento, sensación de hormigueo, posibles pérdidas de sensibilidad, urticaria, asma, dermatitis, vértigo o mareo, lesión en tejidos blandos, edema angioneurótico y en casos menos frecuentes o extremos, fibrilación ventricular que pueden requerir tratamiento urgente y traslado a un nivel de atención superior.

No obstante la adecuada selección de la técnica y de su correcta aplicación, podrían presentarse efectos no deseables, bien sean los comunes derivados de todo proceso invasivo, como los asociados a la condición actual del paciente (hipertensión, cardiopatía, diabetes, anemia, edad avanzada, obesidad) y riesgos específicos del procedimiento entre los cuales enunciamos los principales: DOLOR, SANGRADO EXCESIVO, INFECCION, INFLAMACION, EDEMA, LACERACION DE TEJIDOS BLANDOS Y DUROS, DEHICENCIAS, DESGARRO DEL COLGAJO O TEJIDOS ADYACENTES, PARESTESIAS, LESIONES VASCULARES Y/O NERVIOS IMPORTANTES, FRACTURA DE TABLA VESTIBULAR, FRACTURA MAXILAR O MANDIBULAR, REINTERVENCION, COMUNICACIÓN OROANTRAL, FRACTURA ÓSEA, OSTEONECROSIS, MOVILIDAD O DESPLAZAMIENTO DE DIENTES A ESTRUCTURAS VECINAS, SINUSITIS, PANSINUSITIS, ALVEOLITIS, EXODONCIA INCOMPLETA, MAL PROCESO DE CICATRIZACION, HEMATOMA, SENSIBILIDAD POSTOPERATORIA, MOVILIDAD POSTOPERATORIA DE DIENTES ADYACENTES, DESALOJO DE RESTAURACIONES O PROTESIS EN DIENTES CERCANOS, LESION A DIENTES ADYACENTES, FRACTURA DE INSTRUMENTAL y otros: _____

Generalmente las mencionadas situaciones se resuelven con tratamiento médico (quirúrgico, fármacos, sueros, antibióticos, etc.) pero podrían requerir una intervención en algunos casos de urgencia. Ninguna cirugía o procedimiento especial está definitivamente exenta de riesgos. Adicionalmente he informado las posibles alergias medicamentosas, enfermedades cardiopulmonares, alteraciones de la coagulación, marcapasos, medicamentos que estoy tomando, uso de prótesis dentales o cualquier otro antecedente de importancia. Por mi condición puedo tener además de los riesgos mencionados los siguientes: _____.
Es posible que debido a hallazgos intraoperatorios puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el plan quirúrgico, por lo cual autorizo su realización. El cirujano obrará en mi beneficio, teniendo en cuenta mi seguridad como prioridad.