CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1COP 27566
Fecha de Expedición: 01/11/2024 9:19:15 AM
Fecha de Vencimiento: 01/12/2024
Fecha de Generación: 01/11/2024 9:19:12 AM

ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO DE CALI
NIT: 901541188 - 5 **CONTRATO:** BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 **PÓLIZA:**
DIRECCIÓN: CARRERA 7 NO. 52 - 48 DISAN **TELÉFONOS:** 4261434

PACIENTE:	DIAZ RAMIREZ JUAN ESTEBAN	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	18 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1025322941
TIPO DE USUARIO:	Especiales o de excepción cotizante	**NIVEL:**	N/A
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:	12	**MIPRES:**	
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:	13	**ID ENTREGA MIPRES:**	
DIRECCIÓN:	CRA 24 A N 25 A 85 CIUDAD REAL	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	01/11/2024 9:19:12 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-10-15
AUTORIZACIÓN:	3363944	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-10-15
DIAGNÓSTICO:	H522	**PROFESIONAL:**	LADY VANESSA RANGEL NINO

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890207	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	1	28,000.00	0.00	0.00	28,000.00

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

TOTAL ÍTEMS: 1				**SUBTOTAL GENERAL:**	28,000.00
PLAZO: 30 Dias				**TOTAL DESCUENTO:**	0.00
CUOTA MODERADORA: 0.00	**CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00	**PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00		**COPAGO:**	0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO	**MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido	**TOTAL GRAVADO:**	**TOTAL IVA**	**TOTAL:**	28,000.00

SON: VEINTIOCHO MIL PESOS M/CTE

PACIENTE FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: ANDREA STEPHANIA BENAVIDES

RES DIAN No. 18764066059248 DE 2024-02-23 HASTA 2025-02-23 No 1COP 1 A 1COP 100000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE CRYSTAL IT SERVICE SAS NIT 901632449-3

069a38527265d8d8842c3b56886131a5c5a96b65eedcf7e04dd809833f4109977f0f8382a3ae21d507401534f430bbc4

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES SAS

NIT 800.184.080-0
CÓDIGO SGSSS 520010029201
Carrera 42 - 18A 56 5o Piso - 731 1532 - 731 4357

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA.

No. 1COP 27566
Fecha de Expedición: 01/11/2024 9:19:15 AM
Fecha de Vencimiento: 01/12/2024
Fecha de Generación: 01/11/2024 9:19:12 AM

ENTIDAD: DISPENSARIO MEDICO DE CALI
NIT: 901541188 - 5 **CONTRATO:** BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 **PÓLIZA:**
DIRECCIÓN: CARRERA 7 NO. 52 - 48 DISAN **TELÉFONOS:** 4261434

PACIENTE:	DIAZ RAMIREZ JUAN ESTEBAN	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	18 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	1025322941
TIPO DE USUARIO:	Especiales o de excepción cotizante	**NIVEL:**	N/A
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:	12	**MIPRES:**	
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:	13	**ID ENTREGA MIPRES:**	
DIRECCIÓN:	CRA 24 A N 25 A 85 CIUDAD REAL	**PROCEDENCIA:**	PASTO
FECHA FACTURA:	01/11/2024 9:19:12 AM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-10-15
AUTORIZACIÓN:	3363944	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-10-15
DIAGNÓSTICO:	H522	**PROFESIONAL:**	LADY VANESSA RANGEL NINO

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890207	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	1	28,000.00	0.00	0.00	28,000.00

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

TOTAL ÍTEMS: 1				**SUBTOTAL GENERAL:**	28,000.00
PLAZO: 30 Días				**TOTAL DESCUENTO:**	0.00
CUOTA MODERADORA: 0.00	**CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00	**PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00		**COPAGO:**	0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO	**MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido	**TOTAL GRAVADO:**	**TOTAL IVA**	**TOTAL:**	28,000.00

SON: VEINTIOCHO MIL PESOS M/CTE

PACIENTE FIRMA ORDEN

Paciente y/o acudiente

Elaboró: ANDREA STEPHANIA BENAVIDES

RES DIAN No. 18764066059248 DE 2024-02-23 HASTA 2025-02-23 No 1COP 1 A 1COP 100000

ESTA FACTURA SE ASIMILA COMO UNA LETRA DE CAMBIO (ART. 774 C.C).
NO SOMOS CONTRIBUYENTES NI RESPONSABLES DE IVA. IMPRESO POR CLÍNICA OFT. PAREDES S.A.S. NIT. 800.184.080-0
FABRICANTE DEL SOFTWARE CRYSTAL IT SERVICE SAS NIT 901632449-3

069a38527265d8d8842c3b56886131a5c5a96b65eedcf7e04dd809833f4109977f0f8382a3ae21d507401534f430bbc4

24734-

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección General de Sanidad Militar	Autorizaciones	
	Código:	
	Proceso:	
	Vigente a partir de:	Página 1 de 1

Fecha generación: 17/09/2024 14:33:06

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE SOLICITUD:SSERV-2024-09-1811133 **FECHA SOLICITUD:** 9/17/24 2:33 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JUAN ESTEBAN DIAZ RAMIREZ
DOCUMENTO: 1025322941
MUNICIPIO: PASTO
DEPARTAMENTO: NARIÑO
NOMBRE ENTIDAD: BATALLÓN DE ASPC NO. 23 "GR. RAMÓN ESPINA" - EJC
CODIGO ESM O UPGD: 520018300780
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO: Activo
GRADO: SP
FUERZA: EJC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / TRANSCRIPTOR: JAIRO ANDRES HERNANDEZ GUACA
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Medicina General - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H547	DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL, SIN ESPECIFICACION	Impresión Diagnóstica

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

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

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-09-3363944	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRÍA	890207	Optometria (CE) - SSFM	1	Autorizado	No aplica

OBSERVACIÓN: SE DA GESTION A ESTA AUTORIZACION PREVIO VISTO BUENO DE DIRECCION DE ESM BAS 23 (SUJETO A AUDITORIA)SE ANEXA HISTORIA CLINICA DE PACIENTE
OBSERVACIÓN SOLICITUD: orden de remisión para optometría
FECHA DE VENCIMIENTO: 17/09/2025

AUTORIZADA POR:

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ

1085897168

Wilson Diaz a. 5344.870
Padre del menor

Fecha y hora de generación: 24/04/2024 07:52:20

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-04-199064 **FECHA Y HORA DE SOLICITUD** 4/24/24 7:52 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: JUAN ESTEBAN DIAZ RAMIREZ
TIPO DE DOCUMENTO: TI
DIRECCIÓN: KR 24A 25A 85 MANZANA L CASA 7
CORREO ELECTRÓNICO: marcelita302010@hotmail.com
MUNICIPIO: PASTO
REGIONAL: SUR OCCIDENTE
GRADO: SP
ENTIDAD ADSCRITA: BATALLON DE ASPC NO. 23 "GR. RAMÓN ESPINA" - EJC
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE NACIMIENTO: 15/04/2006
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1025322941
CELULAR O TELÉFONO:
DEPARTAMENTO: NARIÑO
CÓDIGO ESM O UPGD: 520018300780
ESTADO: Provisional
FUERZA: EJC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRÍA	Optometría - SSFM	1

OBSERVACIÓN

PACIENTE MASCULINO EN COMPAÑIA DE SU PADRE, QUIEN REFIERE PRESENCIA DE DERMATITIS ATOPICA EN LOS BRAZOS, ADEMAS REFIERE MOLESTIA CON LAS GAFAS. NIEGA CONSUMO DE MEDICAMENTOS. SE EVALUA CON EPP. PRESENCIA DE LESION TIPO PLACAEN REGION LATERAL DE BRAZO DERECHO. PIPILAS ISOCOICAS NORMOREACTIVAS. SE ENVIA MANEJO CON CLOTRIMAZOL CREMA, MAS VALORACION POR OPTOMETRIA PARA REAJUSTE DE FORMULA DE GAFAS. SE EXPLICA A PADRE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	L309	DERMATITIS, NO ESPECIFICADA
Relacionado	H547	DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL, SIN ESPECIFICACION

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

"CONTROL"

HALLAZGO

PACIENTE MASCULINO EN COMPAÑIA DE SU PADRE, QUIEN REFIERE PRESENCIA DE DERMATITIS ATOPICA EN LOS BRAZOS, ADEMAS REFIERE MOLESTIA CON LAS GAFAS. NIEGA CONSUMO DE MEDICAMENTOS. SE EVALUA CON EPP.

EXÁMENES FÍSICOS

Extremidades:PRESENCIA DE LESION TIPO PLACAEN REGION LATERAL DE BRAZO DERECHO., Ojos:PIPILAS ISOCOICAS NORMOREACTIVAS. , Abdomen:No evaluado, Cabeza y cráneo:No evaluado, Cuello:No evaluado, Examen genitourinario:No evaluado, Examen mental:No evaluado, Examen neurológico:No evaluado, Examen otorrinolaringológico:No evaluado, Mamas:No evaluado, Nariz:No evaluado, Orofaringe:No evaluado, Oídos:No evaluado, Piel y faneras:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado, Tórax:No evaluado, Condiciones generales:ALERTA.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS_INSTAURADOS

PACIENTE MASCULINO EN COMPAÑIA DE SU PADRE, QUIEN REFIERE PRESENCIA DE DERMATITIS ATOPICA EN LOS BRAZOS, ADEMAS REFIERE MOLESTIA CON LAS GAFAS. NIEGA CONSUMO DE MEDICAMENTOS. SE EVALUA CON EPP. PRESENCIA DE LESION TIPO PLACAEN REGION LATERAL DE BRAZO DERECHO. PIPILAS ISOCOICAS NORMOREACTIVAS. SE ENVIA MANEJO CON CLOTRIMAZOL CREMA, MAS VALORACION POR OPTOMETRIA PARA REAJUSTE DE FORMULA DE GAFAS. SE EXPLICA A PADRE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

DIAGNÓSTICOS

No Registra

Fecha y hora de generación: 24/04/2024 07:52:21

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE SOLICITA: ANGELA FERNANDA CHAMORRO ORTEGA
TELÉFONO O CELULAR: 3222033150
SERVICIO SOLICITADO: Optometría - SSFM

Angela Chamorro O
MEDICA GENERAL SSC
CC. 1.085.331.604

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

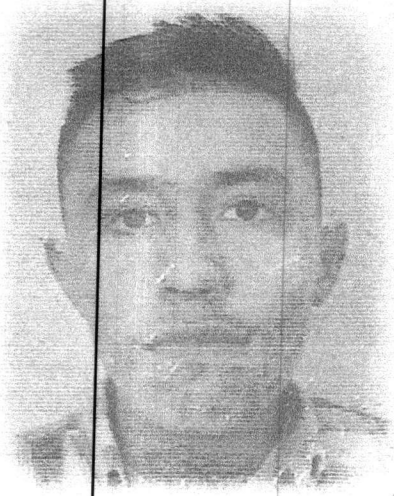
1072

2.2

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.025.322.941



Apellidos
DIAZ RAMIREZ

Nombres
JUAN ESTEBAN

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.62	M

Fecha de nacimiento — G.S.
15 ABR 2006 — B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
03 MAYO 2024, PASTO

Firma
Juan Esteban Diaz

Fecha de expiración
03 MAYO 2034

.00

045964361

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL045964361223001<<<<<<<<<<<
0604154M3405031COL1025322941<5
DIAZ<RAMIREZ<<JUAN<ESTEBAN<<<<

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201
CARRERA 40A #19B-15 TORRE PRAGA PASTO - NARIÑO
7332029

EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ

No. Admisión:	54755	**Fecha Admisión:**	15/10/2024 11:27 AM	**No. Folio:**	68081	**Fecha Folio:**	15/10/2024 11:28 AM
Sede:	SEDE PRINCIPAL			**Dirección:**	CARRERA 40A #19B-15 TORRE PRAGA	**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	JUAN ESTEBAN DIAZ RAMIREZ	**DOC. ID:**	CC1025322941	**FECHA NAC:**	15/04/2006
EDAD:	18 años 6 meses 7 días	**SEXO:**	Masculino	**CIUDAD:**	PASTO
BARRIO:		**DIRECCIÓN:**	CRA 24 A N 25 A 85 CIUDAD REAL		
TELÉFONO:	3108629925 - 3132188059	**OCUPACIÓN:**	Desempleado		
TIPO AFIL:	BENEFICIARIO **RÉGIMEN:** ESPECIAL	**PROFESIONAL:**	LADY VANESSA RANGEL NINO		
EPS:	DISPENSARIO MEDICO DE CALI				
PLAN CONTR:	BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 DIGSA/DMCAL-2024				
ACUDIENTE:		**PARENTESCO:**	CABEZA DE FAMILIA	**TELÉF. ACUD:**	

MOTIVO DE CONSULTA

EL PACIENTE ASISTE AL CONSULTORIO CUMPLIENDO LAS MEDIDAS GENERALES ADOPTADAS POR LAS AUTORIDADES DE SALUD PARA DISMINUIR EL RIESGODECONTAGIO (PREVIAS MEDIDAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA, USO DE TAPABOCAS, HIGIENIZACIÓN DE MANOS)

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE USUARIO DE RX OPTICA, ULTIMO CAMBIO HACE 2 AÑOS, ASISTE A CONSULTA POR PRIMERA VEZ, POR CAMBIO DE GAFAS.

USO DE GAFAS: MONOFOCAL LEJOS, MONTURA EN MAL ESTADO

ULTIMO CONTROL POR OFTALMOLOGIA: NUNCA

COLIRIOS: NO REFIERE

Finalidad	No Aplica						
Modalidad Consulta	PRESENCIAL						
Sintomático piel	NO	**Sintomático Respiratorio**	NO	**Sintomático Febril**	NO	**Sintomático Sistema Nervio Periferico**	NO

ANTECEDENTES

Antecedentes COP: NO	**Observaciones:** NA
Oculares: NO	**Observaciones:** NA
Ocupación: SI	**Observaciones:** ESTUDIANTE 11°
Farmacológicos: NO	**Observaciones:** NA
Quirúrgicos: NO	**Observaciones:** NA
Alérgicos: NO	**Observaciones:** NA
Familiares: SI	**Observaciones:** ABUELO PATERNO, GLAUCOMA
Patológicos: SI	**Observaciones:** VARICOCELE A LOS 13 AÑOS, RETRASO COGNITIVO LEVE/MODERADO
Otros: NO	**Observaciones:** NA

Examen Optometria -Primera Vez

AGUDEZA VISUAL Sin Corrección

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Visión Lejana: 20/30	**Visión Lejana:** 20/30
Visión Lejana observacion: NA	**Visión Lejana observacion:** NA
Visión próxima: NA	**Visión próxima:** NA
Visión próxima observacion: J1	**Visión próxima observacion:** J1
Pinhole: NA	**Pinhole:** NA

LENSOMETRIA

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
valor: N -0.50 X 174	**valor:** N -0.50 X 165
adicion: NA	**adicion:** NA

AUTOREFRACCIÓN

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Esférico: -0.25	**Esférico:** N
cilindro: -1.00	**cilindro:** -1.25
Eje: 179	**Eje:** 8
Distancia Pupilar: 29/32	

QUERATOMETRIA

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

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201
CARRERA 40A #19B-15 TORRE PRAGA PASTO - NARIÑO
7332029

EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
K1: 41.25	**K1:** 43.00
K2: 42.75	**K2:** 44.25
Eje: 180	**Eje:** 7

COVER TEST

VP: EXOFORIA

DUCCIONES

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Ducción: NORMALES	**Ducción:** NORMALES

VERSIONES

Observación: NORMALES

REFRACCION

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Esferico: +0.50	**Esferico:** +0.50
Cilindro: -0.75	**Cilindro:** -1.00
Eje: 0	**Eje:** 10

RX FINAL

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Esfera: N	**Esfera:** N
Cilindro: -0.75	**Cilindro:** -1.00
Eje: 0	**Eje:** 10
Agudeza Visual Lejana: 20/20	**Agudeza Visual Lejana:** 20/20
Agudeza Visual Próxima: 20/20	**Agudeza Visual Próxima:** 20/20

BIOMICROSCOPIA

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

FONDO DE OJO

OJO DERECHO:	OJO IZQUIERDO:
Vitreo: NO VALORABLE	**Vitreo:** NO VALORABLE
Papila (Nervio Óptico): NO VALORABLE	**Papila (Nervio Óptico):** NO VALORABLE
Macula: NO VALORABLE	**Macula:** NO VALORABLE
Vasos: NO VALORABLE	**Vasos:** NO VALORABLE
Retina: NO VALORABLE	**Retina:** NO VALORABLE

FÓRMULA OFTÁLMICA

Especificaciones del lente: MONOFOCAL LEJOS
uso: PERMANENTE
control: 1 AÑO

DIAGNÓSTICOS

CIE10	NOMBRE	SITIO	TIPO	CLASE	OBSERVACIONES
H522	ASTIGMATISMO	Bilateral	Impresión diagnostica	Principal	
H520	HIPERMETROPIA	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	

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

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

NIT: 800184080 - Código Habilitación: 520010029201
CARRERA 40A #19B-15 TORRE PRAGA PASTO - NARIÑO
7332029

EXAMEN OPTOMETRIA -PRIMERA VEZ

PROCEDIMIENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	SITIO	ELECTRO FISIOLOGÍA	CANTIDAD	INDICACIÓN	CIE10 REL	FECHA/HORA
1002060	LENTES MONOFOCALES EN PLASTICO TALLADO (PAR)	NoAplica		1	MONOFOCAL LEJOS	H522	22/10/2024 11:10
890307	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA	NoAplica		1	1 ANO	H522	15/10/2024 11:48
890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	NoAplica		1	CON RESULTADO DE EXAMEN	H522	15/10/2024 11:48
951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	Bilateral		2	OCT NERVIO OPTICO AMBOS OJOS	H522	15/10/2024 11:49

ANÁLISIS Y PLAN

ANALISIS: PACIENTE PRESENTA MEJORIA DE AGUDEZA VISUAL EN SUBJETIVO EN AMBOS OJOS, SE RECOMIENDA USO DE CORRECCION OPTICA DE FORMA PERMANENTE.

1/ ADAPTACION DE LENTES : MONOFOCAL LEJOS

2/ OCT NERVIO OPTICO AMBOS OJOS

3/ VALORACION POR OFTALMOLOGIA, CON RESULTADOS DE EXAMEN

4/ Se resuelven todas las dudas acerca del tratamiento, paciente reporta entender toda la información brindada.
CONTROL: 1 AÑO

Vane Rangel.
PAREDES
Dra. Lady Vanessa Rangel
OPTOMETRA, ESP. ORTOPTICA
R.M. 1.098.804.566

LADY VANESSA RANGEL NINO
OPTOMETRA
Registro No.: 1.098.804.566

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