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 27824
Fecha de Expedición: 05/11/2024 4:04:48 PM
Fecha de Vencimiento: 05/12/2024
Fecha de Generación: 05/11/2024 4:04:45 PM

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

PACIENTE: SARASTY ROSERO SANDRA LEONOR
EDAD: 65 Años
TIPO DE USUARIO: Especiales o de excepción cotizante
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN: 12
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS: 13
DIRECCIÓN: IPIALES

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC
IDENTIFICACIÓN: 36994366
NIVEL: N/A
MIPRES:
ID ENTREGA MIPRES:
PROCEDENCIA: IPIALES

FECHA FACTURA: 05/11/2024 4:04:45 PM
AUTORIZACIÓN: 3704753
DIAGNÓSTICO:

FECHA INICIO FACTURACIÓN: 2024-11-05
FECHA FINAL FACTURACIÓN: 2024-11-05
PROFESIONAL: GLORIA STELLA MUÑOZ

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890276	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	38,500.00	0.00	0.00	38,500.00

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
CUOTA MODERADORA: 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido **TOTAL GRAVADO:** **TOTAL IVA**

SUBTOTAL GENERAL:	38,500.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	38,500.00

SON: TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

Paciente y/o acudiente

Elaboró: MARITZA ANDREA CRUZ VACA

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

37b8616cdaf8a81bb8c7677bbc11eeb15ca9a06479a884ef5b3ec6537560332dc94723abcbae412397a54f43a08c4fd3

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

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 27824
Fecha de Expedición: 05/11/2024 4:04:48 PM
Fecha de Vencimiento: 05/12/2024
Fecha de Generación: 05/11/2024 4:04:45 PM

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

PACIENTE:	SARASTY ROSERO SANDRA LEONOR	**TIPO DE IDENTIFICACIÓN:**	CC
EDAD:	65 Años	**IDENTIFICACIÓN:**	36994366
TIPO DE USUARIO:	Especiales o de excepción cotizante	**NIVEL:**	N/A
MODALIDAD DE CONTRATACIÓN:	12	**MIPRES:**	
COBERTURA O PLAN DE BENEFICIOS:	13	**ID ENTREGA MIPRES:**	
DIRECCIÓN:	IPIALES	**PROCEDENCIA:**	IPIALES
FECHA FACTURA:	05/11/2024 4:04:45 PM	**FECHA INICIO FACTURACIÓN:**	2024-11-05
AUTORIZACIÓN:	3704753	**FECHA FINAL FACTURACIÓN:**	2024-11-05
DIAGNÓSTICO:		**PROFESIONAL:**	GLORIA STELLA MUÑOZ

CÓDIGO	UND. MEDIDA	DESCRIPCIÓN	CANT	VR UND	DESC	%IVA	VR TOTAL
890276	94	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	38,500.00	0.00	0.00	38,500.00

TOTAL ÍTEMS: 1
PLAZO: 30 Días
CUOTA MODERADORA: 0.00 **CUOTA DE RECUPERACIÓN:** 0.00 **PAGOS COMPARTIDOS:** 0.00
FORMA DE PAGO: A CREDITO **MEDIO DE PAGO:** Instrumento no definido **TOTAL GRAVADO:** **TOTAL IVA**

SUBTOTAL GENERAL:	38,500.00
TOTAL DESCUENTO:	0.00
COPAGO:	0.00
TOTAL:	38,500.00

SON: TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

Paciente y/o acudiente

Elaboró: MARITZA ANDREA CRUZ VACA

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

37b8616cdaf8a81bb8c7677bbc11eeb15ca9a06479a884ef5b3ec6537560332dc94723abcbae412397a54f43a08c4fd3

Proveedor Tecnológico: diagnopeles S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software Dxt-ehr

Fecha generación: 17/10/2024 10:15:28

AUTORIZACIONES

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN:AUT-2024-10-3704753 **FECHA SOLICITUD:** 10/11/24, 5:36 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: SANDRA LEONOR SARASTY ROSERO
DOCUMENTO: 36994366
MUNICIPIO: IPIALES
DEPARTAMENTO: NARIÑO
NOMBRE ENTIDAD: GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA
CODIGO ESM O 523568300880
COBERTURA EN SALUD: No registra
ESTADO Activo
GRADO: SVL
FUERZA: EJC
REGIONAL: SUR OCCIDENTE

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN

PROFESIONAL / LAURA FERNANDA QUEVEDO LOPEZ
ORIGEN: Enfermedad general
ESPECIALIDAD QUE REMITE: Medicina General - SSFM
ACEPTACIÓN: No registra

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TIPO DIAGNÓSTICO
H028	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL PARPADO	Confirmado Repetido
H269	CATARATA, NO ESPECIFICADA	Relacionado
H408	OTROS GLAUCOMAS	Relacionado
H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO	Relacionado

ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO

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

SERVICIOS AUTORIZADOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN	DESCRIPCIÓN CUPS	CÓDIGO	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	ESTADO	PRÓXIMA VALORACIÓN
AUT-2024-10-3704753	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	890276	Oftalmologia (CE) - SSFM	1	Autorizado	0 Mes

OBSERVACIÓN: SE AUTORIZA SEGÚN HISTORIA CLÍNICA, ORDEN MÉDICA Y CRITERIO MÉDICO, SUJETO A AUDITORIA MÉDICA - AUTORIZA: AUDITOR EJÉRCITO –GMCAB. - QUE REQUIERE CONTINUAR SU MANEJO PARA IMPACTAR EN SU SALUD Y DISMINUIR SU MORBIMORTALIDAD – CON ORDEN Y V°B° DE DIRECCION DE GMCAB ST. LOSADA SOTTO JHOJAN STEVEN //- DE ACUERDO A PERTINENCIA Y PREVIA VALIDACIÓN DE DERECHOS DE USUARIO
OBSERVACIÓN SOLICITUD: VALORACION PRIORITARIA POR ESPECIALIDAD LESION INFERIOR DE OJO DERECHO

FECHA DE VENCIMIENTO: 11/10/2025

AUTORIZADA POR:

CATERINE ESTHER DERAZO LOPEZ
1085897168

NÚMERO DE PRORROGAS: 0

Esta autorización tiene una vigencia de 365 dias a partir de la fecha de expedicion. Vence: 11/10/2025

PAREDES
FECHA: 10 16:00
PISO:

PAREDES
FECHA:
PISO:

Fecha y hora de generación: 11/10/2024 10:34:56

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2024-10-551529 **FECHA Y HORA DE** 10/11/24, 9:59 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL SANDRA LEONOR SARASTY ROSERO
TIPO DE CC
DIRECCIÓN Calle 0 0 0 0 0 N MAZ D CASA 47 ALAMOS CENTRO
CORREO
MUNICIPIO IPIALES
REGIONAL: SUR OCCIDENTE
GRADO: SVL
ENTIDAD GRUPO DE CABALLERÍA MECANIZADO NO. 3 "GR. JOSÉ MARÍA CABAL" - EJC
ÁMBITO: Urgencias

FECHA DE 14/06/1959
NÚMERO DE 36994366
CELULAR O 737772
DEPARTAMENT NARIÑO
CÓDIGO ESM O UPGD: 523568300880
ESTADO Activo
FUERZA: EJC

SERVICIOS AUTORIZADOS

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

OBSERVACIÓN

VALORACION PRIORITARIA POR ESPECIALIDAD LESION INFERIOR DE OJO DERECHO

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Confirmado Repetido	H028	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL PARPADO
Relacionado	H269	CATARATA, NO ESPECIFICADA
Relacionado	H408	OTROS GLAUCOMAS
Relacionado	H401	GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

"NECESITO PASAR POR OFTALMOLOGIA"

HALLAZGO

PACIENTE FEMENINA DE 65 AÑOS, ACUDE A CONTROL MEDICO, REFIERE DE MAENRA PARTICULAR CONSULTAR POR SERVICIO DE OFTALMOLOIGA POR IRIRTACION LOCAL Y DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL, REFIERE FUE REALIZADA PROCEDIMIENTO DE IRIDOTOMIA BIILATEAL ADICIONA PRESENTO LESION INCIERTA EN PARPADO INFERIOR PARA LO CUAL REALIZAN RESECCION ASI COMO PATOLOGIA LA CUAL REPORTA DISCRETA ATOPIA DE QUERATINOCITOSIS Y AREAS DE ATROFIA SE OBSERVA EPITELIO ADELGAZADO Y EROSIONADO CON HEMORRAGIA, EL ESTROMA PRESENTA NEOVASCULARIZACION HEMORRAGIA VASOS MEDIANOS CONGETIVOS Y GLANDULAS SEBACEAS. SE RECOMIENDA INMUNOHISTOQUIMICA COMPLEMTARIA CON P63,P40 Y KI67. ACUDE EL DIA DE HOY PARA SOLICITAR VALORACION POR RED INTERNA DE OFLTAMOLOGIA PARA CONTINUAR VALORACIONES Y MANEJO INTENGRAL.

EXÁMENES FÍSICOS

Abdomen:No evaluado, Cabeza y cráneo:No evaluado, Cuello:No evaluado, Examen genitourinario:No evaluado, Examen mental:No evaluado, Examen neurológico:No evaluado, Examen otorrinolaringológico:No evaluado, Extremidades:No evaluado, Mamas:No evaluado, Nariz:No evaluado, Ojos:No evaluado, Orofaringe:No evaluado, Oídos:No evaluado, Piel y faneras:No evaluado, Tacto rectal:No evaluado, Tórax:No evaluado, Condiciones generales:BUENAS, INGRESAPOR SUS PROPIOS MEDIOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS_INSTAURADOS

PACIENTE CON ANT DESCRITO, LESION CON REPORTE DE PATOLOGIA QUE REQUIERE ESTUDIOS CON INMUNOHISTORQUIMICA POR LO ANTERIOR SOLICITO DE MANERA PRIORITARIA OFTALMOLOGIA PARA CONTINUAR ESTUDIOS Y MANEJO INTEGRAL. SE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

DIAGNÓSTICOS

Fecha y hora de generación: 11/10/2024 10:34:56

No Registra

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE LAURA FERNANDA QUEVEDO LOPEZ
CARGO O Asistencial
TELÉFONO O 3104017948
SERVICIO QUE Medicina General - SSFM
SERVICIO Oftalmologia (CE) - SSFM

Dra. Laura Quevedo López
Médica General
RM 10727[illegible]50
UDCA

p

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **36.994.366**

SARASTY ROSERO

APELLIDOS

SANDRA LEONOR

NOMBRES

FIRMA



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-JUN-1959**

IPIALES
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-DIC-1977 IPIALES

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2306700-00203265-F-0036994366-20091214 **0019**020271A 1 26021781

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

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

EXAMEN OFTALMOLOGICO -PRIMERA VEZ

No. Admisión:	60248	**Fecha Admisión:**	05/11/2024 04:03 PM	**No. Folio:**	77289	**Fecha Folio:**	05/11/2024 05:01 PM
Sede:	SEDE PRINCIPAL			**Dirección:**	CARRERA 40A #19B-15 TORRE PRAGA	**Teléfono:**	7332029

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE:	SANDRA LEONOR SARASTY ROSERO			**DOC. ID:**	CC36994366	**FECHA NAC:**	14/06/1959
EDAD:	65 años 4 meses 21 días			**SEXO:**	Femenino	**CIUDAD:**	IPIALES
BARRIO:				**DIRECCIÓN:**	IPIALES		
TELÉFONO:	3184361020 - 3184361020			**OCUPACIÓN:**	Desempleado		
TIPO AFIL:	COTIZANTE	**RÉGIMEN:**	ESPECIAL	**PROFESIONAL:**	GLORIA STELLA MUÑOZ RODRIGUEZ		
EPS:	DISPENSARIO MEDICO DE CALI						
PLAN CONTR:	BATALLON - DISPENSARIO MEDICO (IPIALES) - 198 DIGSA/DMCAL-2024						
ACUDIENTE:	JULIO ERAZO			**PARENTESCO:**	CABEZA DE FAMILIA	**TELÉF. ACUD:**	

MOTIVO DE CONSULTA

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

ENFERMEDAD ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA: 1RA VEZ

ENFERMEDAD ACTUAL:
EN SEGUIMIENTO DR. OMAR PAAREDES POR IRIDOTOMIA LASER AMBOS OJOS Y RESECCION DE TUMOR OJO DERECHO PARPADO INFERIOR (26-09-2024).

DESCRIPCIÓN DE BIOPSIA 02-10-2024
DX: PARPADO INFERIOR OJO DERECHO- LESION-BIOPSIA
-LESION EPITELIAL EN ESTUDIO CON INMUNOHISTOQUIMICA
(SE RECOMINEDA INMUNOHISTOQUIMICA COMPLEMENTARIA CON P63, P40, KI67)

APLICA COLIRIOS: NO APLICA
ULTIMAS GAFAS: SICAFLUID CADA A6 HORAS
LAGRICEL

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: SI	**Observaciones:** 1.- USA COLIRIO DE HUMYLUB 3 VECES AL DIA, OLOPATADINA 2 VECES AL DÍA EN AMBOS OJOS
Ocupación: NO	**Observaciones:** NA
Farmacológicos: NO	**Observaciones:** NA
Quirúrgicos: SI	**Observaciones:** 1.- UNA CESÁREA
Alérgicos: NO	**Observaciones:** NA
Familiares: SI	**Observaciones:** 1.- CATARATA
Patológicos: NO	**Observaciones:** NA
Otros: NO	**Observaciones:** NA

Examen Oftalmologico -Primera Vez

BIOMICROSCOPIA

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Párpados: SANOS	**Párpados:** SANOS
Aparato lagrimal: PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE, BUT DE 4 SEG	**Aparato lagrimal:** PUNTO LAGRIMAL PERMEABLE, BUT DE 4 SEG
Conjuntiva: TRANQUILA, LEVE CONGESTIÓN CONJUNTIVAL, PAPILAS	**Conjuntiva:** TRANQUILA, LEVE CONGESTIÓN CONJUNTIVAL, PAPILAS
Cornea: TRANSPARENTE, QUERATITIS INFERIOR	**Cornea:** TRANSPARENTE, QUERATITIS INFERIOR
Esclerotica: NORMAL	**Esclerotica:** NORMAL
Camara Anterior: FORMADA, NO CELULARIDAD	**Camara Anterior:** FORMADA, NO CELULARIDAD
Iris: MIDRIASIS FARMACOLÓGICA BUENA DILATACIÓN	**Iris:** MIDRIASIS FARMACOLÓGICA BUENA DILATACIÓN
Cristalino: CATARATA INCIPIENTE	**Cristalino:** CATARATA INCIPIENTE
Schimmer: NA	**Schimmer:** NA

FONDO DE OJO

OJO DERECHO:	**OJO IZQUIERDO:**
Vitreo: CLARO	**Vitreo:** CLARO

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA PAREDES

CLINICA OFTALMOLOGICA PAREDES S.A.S

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

EXAMEN OFTALMOLOGICO -PRIMERA VEZ

Papila (Nervio Óptico): DISCO ÓPTICO DE TAMAÑO PROMEDIO, ROSADO, EXCAVACIÓN 0.4	**Papila (Nervio Óptico):** DISCO ÓPTICO DE TAMAÑO PROMEDIO, ROSADO, EXCAVACIÓN 0.4
Macula: BUEN BRILLO	**Macula:** BUEN BRILLO
Vasos: NORMAL	**Vasos:** NORMAL
Retina: RETINA ADHERIDA, PERIFERIA SANA	**Retina:** RETINA ADHERIDA, PERIFERIA SANA

DIAGNÓSTICOS

CIE10	NOMBRE	SITIO	TIPO	CLASE	OBSERVACIONES
H041	OTROS TRASTORNOS DE LA GLANDULA LAGRIMAL	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	SÍNDROME DE OJO SECO
H269	CATARATA, NO ESPECIFICADA	Bilateral	Impresión diagnostica	Relacionado	EVOLUTIVA
H028	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL PARPADO	Derecho	Impresión diagnostica	Relacionado	POS OPERATORIO TUMOR DE PARPADO INFERIOR
M350	SINDROME SECO [SJ"GREN]	Bilateral	Impresión diagnostica	Principal	

ANÁLISIS Y PLAN

PLAN:
SE EXPLICAN HALLAZGOS, DIAGNOSTICOS Y MANEJO, SE RESUELVEN DUDAS. PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

-LAGRICEL APLICAR UNA GOTA CADA 4 HORAS AMBOS OJOS
-SICAFLUID APLICAR UNA GOTA CADA 6 HORAS AMBOS OJOS
-ACRYLAM APLICAR UNA GOTA CADA 24 HORAS AMBOS OJOS 405293
-VALORACION POR OPTOMETRIA
-VALORACIÓN POR OCULOPLASTIA
-CONTROL EN 3 MESES

- SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA: CONSULTAR POR URGENCIAS SI DOLOR OCULAR INTENSO, TRAUMA OCULAR, PERDIDA DE VISION, SECRECION AMARILLA O VERDE, FOTOPSIAS O MIODESOPSIAS.



GLORIA STELLA MUÑOZ RODRIGUEZ
MEDICO ESPECIALISTA
Registro No.: CMC2017-22207