NIT: 800058856-1

CLÍNICA DE URABÁ S.A.
8156280 - CITAS EXT. 890 - WHATSAPP 3044904448
APARTADÓ - ANTIOQUIA
DIAGONAL 99E NO. 106C - 84 (BARRIO ORTIZ)
Email: felectronica@clinicadeuraba.com
SOMOS AUTORETENEDORES SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 04181 DE MAYO 21 DE 2004

Autorización para factura electrónica de venta. Resolución DIAN Nro. 18764091663831 del 07 de abril de 2025. Autoriza CDEU 239605 a CDEU 250000. Vigencia 12 meses.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Nº CDEU 242495

Cufe: cc6293e3f124c5344dc830170155a69ca6f3b00b566897b2a8cf42dc2082f5ae482ed238b86c3fce35dad5925fec2ecc

Nombre	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		
Nit / C.C.	899999034-1	Fecha Servicio	04/04/2025
Dirección	CALLE 51 # 57-70 AVENIDA FERROCARRIL - MINORISTA MEDELLIN	Fecha Factura	29/04/2025 Hora 12:37 PM
Teléfono	576 00 00	Fecha Vencimiento	29/05/2025
		Plazo:	30 Días
Paciente	MARTHA CECILIA MEJIA CUARTAS	Fecha Validacion Dian:	29/04/2025 Hora 12:38 PM
Identificación	39401906	Autorización Nº	2425
Teléfono	3234624772-3217200803		

Diagnóstico I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Fecha Ingreso Fecha Egreso

			CANT	V.UNITARIO	TOTAL
CONSULTA GENERAL					
890201	39141	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	1	77,800	77,800
			SUBTOTAL		**$77,800**

#$36-02-00-005-000000; CO1.PCCNTR.7650790; felgomez@sena.edu.co#$

T O T A L B R U T O	**77,800.00**
TOTAL RECIBIDO DEL PACIENTE	**$0**
VALOR A PAGAR	**77,800.00**

SETENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS

Daniela Restrepo F.

Elaboro **DANIELA RESTREPO FRANCO** **Recibí Factura: Nombre** **Firma** **C.C.** **Fecha**

SI ESTA FACTURA NO SE CANCELA DENTRO DEL PLAZO CONVENIDO, SE CAUSARAN LOS INTERES ORDENADOS POR LA LEY.

Generado por Ekisa S.A.S sistema Qurión®. Proveedor tecnológico Herramientas de gestión informática HGI S.A. S NIT 811021438-4

Clínica de URABA S.A.
Cuida tu salud

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

Fecha 04/04/2025 6:51:00AM **Nº.** 1891239

I D E N T I F I C A C I O N
Paciente: MARTHA CECILIA MEJIA CUARTAS Edad: 65 Años
Identificación: 39401906 CC
Dirección: BARRIO SAN FERNANDO CL 101 B #77-77
Teléfono: 3217200803

FECHA DE INGRESO: 04/04/2025

FECHA DE EGRESO: 04/04/2025

CERTIFICO haber recibido los servicios que ofrece la IPS CLINICA DE URABA S.A. de cuyo registro queda constancia en mi historia clínica.

#Factura:

Administradora: SENA

Número de autorización: 2025

Valor autorizado:

Generado por:

Valor a cargo del paciente:

Servicio autorizado: CONSULTA MEDICO GENERAL

En caso de tratarse de un menor de edad o una persona impedida debe firmar el acudiente, en caso de no existir favor colocar huella digital (índice derecho).

Autorizo a la CLÍNICA DE URABÁ S.A., al tratamiento de mis datos personales según Ley 1581 de 2012 relacionada con la Protección de Datos Personales y la Resolución 1995 de 1999, los cuales serán utilizados en cumplimiento de las normas del Ministerio de Salud y Protección Social.

Autorizo el envio de información y documentos adjuntos relacionados a la atención de historia clinica al correo electrónico suministrad en mi información personal.

Válido sin sello según el Art. 24 Decreto 0019 del 2012 Ley Antitrámites



MARTHA CECILIA MEJIA CUARTAS
Firma Paciente
Cedula 39401906

Firma Tutor o Responsable
Cedula



IVONNE ANDREA PUENTES GRACIA
Firma Profesional
Registro 1037645259
MEDICINA GENERAL

Impreso: 2025-04-02

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2425

Adscrito:	176411 - CLINICA DE URABA S.A
Dirección:	CLL 100E 111-78 APARTADO
Teléfono(s):	8282342 - 8281736
Especialidad:	CLINICAS Y HOSPITALES - CLINICAS Y HOSPITALES

HC: 39401906

Favor atender por nuestra cuenta a MEJIA CUARTAS MARTHA CECILIA identificado con el carne 71240134-A Madre-Padre de BETANCURT MEJIA JUAN CAMILO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Medico General - Fuera Del Sena	1	0	0

OBSERVACIONES

Consulta Por Medico General

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: dicsalazar

I D E N T I F I C A C I O N

Paciente MARTHA CECILIA MEJIA CUARTAS
Dirección BARRIO SAN FERNANDO CL 101 B #77-77
Fecha de Nacimiento 11/11/1959 **Edad** 65 Años **Sexo** Femenino
Ocupación NO APLICA
Administradora PEC001 SENA

Nº Historia 39401906
Identificación CC 39401906
Teléfono 3234624772-3217200803
Lugar de Nacimiento ARMENIA Antioquia
Correo electrónico mathamejiacuartas@gmail.com

Nº 2223033
04/04/2025 7:42:00AM

SERVICIO DE INGRESO CONSULTA GENERAL
Fecha **04/04/2025** **Hora** **07:21AM**
Acompañante/Responsable VINO SOLA

Profesional IVONNE ANDREA PUENTES GRACIANO **Cédula** 1037645259 **Nro. Registro** 1037645259

MC Y EA

MC Y EA

MC "REVISIÓN"

EA: PACIENTE FEMENINA DE 64 AÑOS, RESIDENTE EN EL BARRIO SAN FERNANDO, OCUPACIÓN: AMA DE CASA.

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DEFICIENCIA DE VITAMINA D25, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HIPOTIROIDIMO, DISLIPIDEMIA, PREDIABETES, ESTEATOSIS HEPATICA, CA DE OVARIO E HISTERECTOMÍA, ACUDE A CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR, SE ORDENAN PARACLINICOS Y SE CITA A REVISIÓN CON RESUTLADOS, ADEMÁS RENUEVO FORMULA DE MEDICAMENTOS.

** NO TOMA MEDICAMENTO DESDE DICIEMBRE 2024 (DICE QUE ES POR PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS).

REPORTE DE PARACLINICOS 02/04/2025
- HEMOGRAMA: HB 12.9 HTCO 37.6 PLAQUETAS 235.000 LEUCOS: 8.900 N: 4.430 L: 3.730 (NORMAL)

- COLESTEROL TOTAL: 301 MG/DL (AUMENTADO)
- COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD: 66 MG/DL (NORMAL)
- COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD: 202 MG/DL (AUMENTADO)
- TRIGLICERIDOS: 165 MG/DL (NORMAL)

- CR: 0.89 MG/DL (NORMAL)

- HB GLICOSILADA: 4.8% (NORMAL)

- TSH: 4.66 MUI/ML (AUMENTADO)

- VITAMINA D25: 31.19 NG/ML (NORMAL)

- DENSITOMETRIA OSEA: PENDIENTE.

R x S

REVISIÓN

ANTECEDENTES

Patológicos

1.HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN MANEJO CON ENALAPRIL 20 MG CADA 24 HORAS, AMLODIPINO 5 MG DÍA.
2. HIPOTIROIDISMO SIN MANEJO DESDE DICIEMBRE 2024
3. DISLIPIDEMIA SIN MANEJO DESDE ENERO 2025
4. PREDIABETES SIN MANEJO DESDE JUNIO 2024
5. CA DE OVARIO
6. ESTEATOSIS HEPATICA ?? - ECOGRAFIA DE ABDOMEN 14/08/2024: NORMAL
7. DEFICIENCIA DE VITAMINA D25, SIN MANEJO DESDE DICIEMBRE 2024 - ULTIMA JUNIO 16.08 NG/DL

TAMIZAJE CA
- COLONOSCOPIA: NO
- SANGRE OCULTA EN HECES 29/07/2024: NEGATIVO **PROXIMO EN EL 2029
- FUC: 22/08/2023 - NORMAL - HISTERECTOMÍA A LOS 50 AÑOS POR HUA
- MAMOGRAFIA 15/08/2024: CATEGORIA 2 SEGUN CLASIFICACIÓN DE BI-RADS, NEGATIVA CON HALLAZGOS BENIGNOS. **PROXIMO 2026

REPORTE DE PARACLINICOS 29/07/2024
- HEMOGRAMA: HB 12.7 HTCO 37.2 PLAQUETAS 260.000 LEUCOS: 8.480 N: 5.200 L: 2.670 (NORMAL)

- COLESTEROL TOTAL: 261 MG/DL (AUMENTADO)
- COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD: 45.6 MG/DL (NORMAL)

I D E N T I F I C A C I O N

Paciente MARTHA CECILIA MEJIA CUARTAS
Dirección BARRIO SAN FERNANDO CL 101 B #77-77
Fecha de Nacimiento 11/11/1959 **Edad** 65 Años **Sexo** Femenino
Ocupación NO APLICA
Administradora PEC001 SENA

Nº Historia 39401906
Identificación CC 39401906
Teléfono 3234624772-3217200803
Lugar de Nacimiento ARMENIA Antioquia
Correo electrónico mathamejiacuartas@gmail.com

- COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD: 189.54 MG/DL (AUMENTADO)
- TRIGLICERIDOS: 129.3 MG/DL (NORMAL)

- CR: 0.70 MG/DL (NORMAL)
- MICROALBUMINURIA: 40.51 MG/L (AUMENTADO)

- HB GLICOSILADA: 5.1% (NORMAL)

- TSH: 4.93 MUI/ML (AUMENTADO)

- VITAMINA B12: 344.40 (NORMAL)
- VITAMINA D25: 16.08 NG/ML (DEFICIENCIA)
- CALCIO: 10.05 MG/DL (NORMAL)

- SANGRE OCULTA EN HECES: POSITIVA - REPITE EL MISMO EN OTRO LABORATORIO CON RESULTADO NEGATIVO.

- ANTIGENO CA DE OVARIO (CA 125): 4.59 U/ML (NEGATIVO)

- ECOGRAFIA DE ABDOMEN 14/08/2024: NORMAL

- MAMOGRAFIA 15/08/2024: CATEGORIA 2 SEGUN CLASIFICACIÓN DE BI-RADS, NEGATIVA CON HALLAZGOS BENIGNOS.

Alérgicos NO REFIERE

Inmunológicos e Infecciosos INMUNIDAD COVID 19: 3 DOSIS
INFLUENZA ANUAL: NO

Hospitalizaciones NO REFIERE

Quirúrgicos
1. RESECCIÓN DE PERNO DE BLOQUEO EN LA TIBIA DERECHA (2016)
2. OFORECTOMIA BILATERAL
3. APENDICECTOMIA
4. HISTERECTOMIA POR HUA (2009)
5. RESECCION DE EPIPLON POR CA DE OVARIO. (2012)
6. HERNIA DISCAL CON SECUELAS CON PIE CAIDO DERECHO MANEJADO CON TRANSFERENCIA DE TP
7. ARTRODESIS MF IF DEL HALLUX Y CORRECCIÓN DE HALLUX VALGUS
8. OSTEOSINTESIS DE TIBIA DERECHA HACE (2002)

Transfusionales SI - SIN COMPLICACIONES

Toxicológicos NO REFIERE

Gineco-obstétricos
G4P3C0A1
MENOPAUSIA: A LOS 50 AÑOS - HISTERECTOMÍA POR HUA 2009
FUC: 22/08/2023 - NORMAL
MAMOGRAFÍA 15/08/2024: CATEGORIA 2 SEGUN CLASIFICACIÓN DE BI-RADS, NEGATIVA CON HALLAZGOS BENIGNOS.

Familiares
PADRE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL
MADRE: CIRROSIS, PREDIABETES E HIPERTENSIÓN ARTERIAL
HERMANA: HIPERTENSIÓN ARTERIAL

EXÁMEN FÍSICO

Signos vitales

F.U.M
Peso (kg) 00
Talla (M.cm) 00
IMC 0

HALLAZGOS

HALLAZGOS REVISIÓN

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Diagnóstico Rx 1 E039 HIPOTIROIDISMO. NO ESPECIFICADO
Diagnóstico Rx 2 E785 HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA
Especificación Diágnostico POR LOS HALLAZGOS CLINICOS SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR EL PACIENTE FUE UN: ENFERMEDAD GENERAL

ANALISIS Y PLAN

Analísis y plan PACIENTE QUIEN ACUDE A REVISIÓN DE PARACLINICOS DONDE SE EVIDENCIA MAL CONTROL DE PERFIL LIPIDICO Y TSH FUERA DE METAS, TIENE ANTECEDENTE DE HIPOTIROIDISMO SIN MANEJO FARMACOLOGICO HACE 3 MESES APROXIMADAMENTE, SE LE EXPLICA

Artículo 18 - Resolución 1995 de 1999: "Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro"

I D E N T I F I C A C I O N

Paciente MARTHA CECILIA MEJIA CUARTAS
Dirección BARRIO SAN FERNANDO CL 101 B #77-77
Fecha de Nacimiento 11/11/1959 **Edad** 65 Años **Sexo** Femenino
Ocupación NO APLICA
Administradora PEC001 SENA

Nº Historia 39401906
Identificación CC 39401906
Teléfono 3234624772-3217200803
Lugar de Nacimiento ARMENIA Antioquia
Correo electrónico mathamejiacuartas@gmail.com

QUE DEBE INICIAR NUEVAMENTE MANEJO FARMACOLOGICO, CONTROL CON NUTRICIÓN Y SEGUIMIENTO DE PARACLINICOS EN 3 MESES.

PLAN
- EUTIROX 25 MCG, TOMAR UNA TABLETA EN AYUNAS DE LUNES A VIERNES
- ROSUVITAE 40 MG, TOMAR UNA TABLETA CADA DÍA
- VALORACIÓN POR NUTRICIÓN
- CONTROL EN 3 MESES, SOLICITE CITA

***LAS SIGUIENTES SON ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA EL CONSUMO DE LEVOTIROXINA:
• TOMAR EN AYUNAS.
• TOMAR CON 1 VASO COMPLETO CON AGUA.
• ESPERAR ENTRE 30 A 60 MINUTOS PARA DESAYUNAR.
• SIEMPRE TRATAR DE USAR LA MISMA MARCA.
• DEL EMPAQUE DIRECTO A LA BOCA (EVITAR SACAR A PASTILLEROS).
• EVITAR CONSUMO DE FIBRA, AVENA EN HOJUELA, LINAZA, SEMILLAS DE CHÍA AL MENOS 4 HORAS DESPUÉS DE LA LEVOTIROXINA.
• AVISAR SI VA A TOMAR CICLO CONSTANTE DE ANTIÁCIDOS.
• AVISAR SI PLANEA HACER CAMBIOS GRANDES DE PESO.

INFORMACION AL PACIENTE

Informó y explicó al paciente sobre su diagnóstico actual?	SI
Informó y explicó sobre las posibles complicaciones y efectos secundarios de su patologia y tratamiento?	SI
Informó y explicó sobre el tratamiento a seguir, plan de manejo, posibles sintomas asociados a los dos anteriores?	SI

Firma

IVONNE ANDREA PUENTES GRACIANO
MEDICINA GENERAL
Registro # 1037645259

SEGUN SU DIAGNOSTICO DEBE CONSULTAR A URGENCIAS SI PRESENTA:

SIGNOS DE ALARMA CARDIOVASCULARES

1- DOLOR EN EL PECHO, MÁS O MENOS INTENSO CON SENSACIÓN DE OPRESIÓN Y QUE DURA MÁS DE 30 MINUTOS, SOBRE TODO SI NO ESTÁ ASOCIADO A SOBRECARGA DEL ESQUELETO POR EXCESIVO O INADECUADO TRABAJO MUSCULAR.
2- MAREOS Y DOLOR DE CABEZA INTENSOS, SOBRE TODO EN ENFERMOS QUE NO PADECEN DE MIGRAÑA NI DE VÉRTIGOS.
3- FALTA DE AIRE INTENSA AL ACOSTARSE O AL CAMINAR, SOBRE TODO SI ES DE RECIENTE APARICIÓN EN ENFERMOS SIN PADECIMIENTOS CRÓNICOS.
4- PALPITACIONES, SENSACIÓN DE RETUMBO EN EL PECHO DE APARICIÓN RÁPIDA CON O SIN SENSACIÓN DOLOROSA.

I D E N T I F I C A C I O N

Paciente MARTHA CECILIA MEJIA CUARTAS
Dirección BARRIO SAN FERNANDO CL 101 B #77-77
Fecha de Nacimiento 11/11/1959 **Edad** 65 Años **Sexo** Femenino
Ocupación NO APLICA
Administradora PEC001 SENA

Nº Historia 39401906
Identificación CC 39401906
Teléfono 3234624772-3217200803
Lugar de Nacimiento ARMENIA Antioquia
Correo electrónico mathamejiacuartas@gmail.com

ANEXO TÉCNICO Nº 3
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIO DE SALUD

Consecutivo 9007 **Fecha** 27/03/2025 Nº 2221100

INFORMACION DEL PRESTADOR (SOLICITANTE)

Nombre CLINICA DE URABA S.A **Nit** 800058856 **Código** 050450135901
Dirección DIAGONAL 99E NO. 106C - 84 (BARRIO ORTIZ) **Teléfono** 6048156280 EXT. 8890 / 8880 - WHATSAPP 3044904448
Departament 05-ANTIOQUIA **Municipio** 05045-APARTADO

ENTIDAD A LA QUE SE SOLICITA (PAGADOR)
SENA **CÓDIGO** PEC001

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos MEJIA CUARTAS **Nombres** MARTHA CECILIA **Tipo Identificación** CC
Número Identificación 39401906 **Dirección** BARRIO SAN FERNANDO CL 101 B #77-77
Teléfono 3234624772 / 3217200803 **Fecha Nacimiento** 11/11/1959
Departamento ANTIOQUIA **Municipio** APARTADO

COBERTURA DE SALUD Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de servicio solicitado Servicios electivos **Prioridad de la atención** No Prioritaria

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorizacion Consulta Externa
Servicio **Cama**

Manejo integral según la Guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
890301	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL

Justificación Clínica

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DEFICIENCIA DE VITAMINA D25, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HIPOTIROIDIMO, DISLIPIDEMIA, PREDIABETES, ESTEATOSIS HEPATICA, CA DE OVARIO E HISTERECTOMÍA, ACUDE A CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR, SE ORDENAN PARACLINICOS Y SE CITA A REVISIÓN CON RESUTLADOS, ADEMÁS RENUEVO FORMULA DE MEDICAMENTOS.

PLAN
- SE SOLICITA HEMOGRAMA, PERFIL LIPIDICO, HB GLICOSILADA, TSH, CREATININA, VITAMINA D 25, CA 125 Y DENSITOMETRIA OSEA.
- SOLICITE CITA PARA REVISIÓN DE PARACLINICOS.

Impresión Diagnóstica	Codigo CIE10	Descripción
Diagnóstico Principal	Z016	EXAMEN RADIOLOGICO. NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE
Diagnóstico Relacionado	E039	HIPOTIROIDISMO. NO ESPECIFICADO
Diagnóstico Relacionado 2	E559	DEFICIENCIA DE VITAMINA D. NO ESPECIFICADA

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita IVONNE ANDREA PUENTES GRACIANO
Cargo o actividad MEDICO GENERAL
Indicativo
Teléfono 6048156280 EXT. 8890 / 8880 - WHATSAPP 3044904448
Teléfono celular



No Registro 1037645259

ANEXO TÉCNICO Nº 3
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIO DE SALUD

Consecutivo 9005 **Fecha** 27/03/2025 Nº 2221100

INFORMACION DEL PRESTADOR (SOLICITANTE)

Nombre CLINICA DE URABA S.A **Nit** 800058856 **Código** 050450135901
Dirección DIAGONAL 99E NO. 106C - 84 (BARRIO ORTIZ) **Teléfono** 6048156280 EXT. 8890 / 8880 - WHATSAPP 3044904448
Departament 05-ANTIOQUIA **Municipio** 05045-APARTADO

ENTIDAD A LA QUE SE SOLICITA (PAGADOR)

SENA **CÓDIGO** PEC001

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos MEJIA CUARTAS **Nombres** MARTHA CECILIA **Tipo Identificación** CC
Número Identificación 39401906 **Dirección** BARRIO SAN FERNANDO CL 101 B #77-77
Teléfono 3234624772 / 3217200803 **Fecha Nacimiento** 11/11/1959
Departamento ANTIOQUIA **Municipio** APARTADO

COBERTURA DE SALUD Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención ENFERMEDAD GENERAL

Tipo de servicio solicitado Servicios electivos **Prioridad de la atención** No Prioritaria

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorizacion Consulta Externa

Servicio **Cama**

Manejo integral según la Guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
886012	1	OSTEODENSITOMETRIA POR ABSORCION DUAL

Justificación Clínica

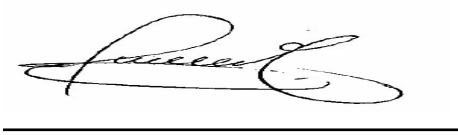
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DEFICIENCIA DE VITAMINA D25, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, HIPOTIROIDIMO, DISLIPIDEMIA, PREDIABETES, ESTEATOSIS HEPATICA, CA DE OVARIO E HISTERECTOMÍA, ACUDE A CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR, SE ORDENAN PARACLINICOS Y SE CITA A REVISIÓN CON RESUTLADOS, ADEMÁS RENUEVO FORMULA DE MEDICAMENTOS.

PLAN
- SE SOLICITA HEMOGRAMA, PERFIL LIPIDICO, HB GLICOSILADA, TSH, CREATININA, VITAMINA D 25, CA 125 Y DENSITOMETRIA OSEA.
- SOLICITE CITA PARA REVISIÓN DE PARACLINICOS.

Impresión Diagnóstica	Codigo CIE10	Descripción
Diagnóstico Principal	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL
Diagnóstico Relacionado	E039	HIPOTIROIDISMO. NO ESPECIFICADO
Diagnóstico Relacionado 2	E559	DEFICIENCIA DE VITAMINA D. NO ESPECIFICADA

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita IVONNE ANDREA PUENTES GRACIANO
Cargo o actividad MEDICO GENERAL
Indicativo
Teléfono 6048156280 EXT. 8890 / 8880 - WHATSAPP 3044904448
Teléfono celular



No Registro 1037645259