Clínica de URABA S.A.
Cuida tu salud

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 247297

Cufe: ad202bd5a538bbaa2ca9be57e46093464bc886e35dac6c233ed13705aad04c7e4142f8b6c94831288f9caf5fdb3ae730

Nombre	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Nit / C.C.	899999034-1	Fecha Servicio	28/05/2025		
Dirección	CALLE 51 # 57-70 AVENIDA FERROCARRIL - MINORISTA MEDELLIN	Fecha Factura	28/05/2025	Hora	01:54 PM
Teléfono	576 00 00	Fecha Vencimiento	27/06/2025		
		Plazo:	30 Días		
Paciente	ELIZABETH DAVID	Fecha Validacion Dian:	28/05/2025	Hora	01:55 PM
Identificación	30079690				
Teléfono	3206658200-3146278550	Autorización Nº	4741		

Diagnóstico N939 HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL. NO ESPECIFICADA
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

Elaboro	Recibí Factura: Nombre	Firma	C.C.	Fecha
LUZ MARINA FAJARDO				

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 28/05/2025 10:02:00AM **Nº.** 1905847

I D E N T I F I C A C I O N
Paciente: ELIZABETH DAVID Edad: 50 Años
Identificación: 30079690 CC
Dirección: BARRIO LAURELES CR 108 #105-66
Teléfono: 3146278550

FECHA DE INGRESO: 28/05/2025

FECHA DE EGRESO: 28/05/2025

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: 4741

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

Elizabeth David

ELIZABETH DAVID
Firma Paciente
Cedula 30079690

Firma Tutor o Responsable
Cedula

IVONNE ANDREA PUENTES GRACIA
Firma Profesional
Registro 1037645259
MEDICINA GENERAL

Impreso: 2025-05-26

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

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 4741

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: 30079690

Favor atender por nuestra cuenta a DAVID ELIZABETH identificado con el carne 8110766-C
Conyuge de CARRASCAL MALDONADO FRANCISCO Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

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

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

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 ELIZABETH DAVID
Dirección BARRIO LAURELES CR 108 #105-66
Fecha de Nacimiento 14/04/1975 **Edad** 50 Años **Sexo** Femenino
Ocupación INSPECTORES DE SEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL, MEDIOAMBIENTAL Y A
Administradora PEC001 SENA

Nº Historia 30079690
Identificación CC 30079690
Teléfono 3206658200-3146278550
Lugar de Nacimiento MUTATA Antioquia
Correo electrónico elizabethdavid7@gmail.com

Nº 2234382
28/05/2025 10:45:00AM

SERVICIO DE INGRESO CONSULTA GENERAL
Fecha **28/05/2025** **Hora** **10:21AM**

Acompañante/Responsable VINO SOLO

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

MC Y EA

MC Y EA

MC "HACE 15 DÍAS ME VINO LA MENSTRUACIÓN"

EA: PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS, RESIDENTE EN EL BARRIO LAURELES, OCUPACIÓN: COMERCIANTE. REFIERE QUE HACE 15 DÍAS INICIA CON SANGRADO VAGINAL ACOMPAÑADO DE DOLOR EN HIPOGASTRIO, DOLOR EN REGIÓN LUMBAR, DISURIA Y TENESMO VESICAL, SE AUTOMEDICO EN CASA CON DOLORSIN FEM SIN MEJORIA.

R x S

NIEGA FIEBRE, NIEGA CEFALEA, NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS O GASTROINTESTINALES.

ANTECEDENTES

Patológicos

1. DIABETES MELLITUS TIPO 2, SIN MANEJO FARMACOLOGICO.
2. HIPERTRIGLICERIDEMIA SIN MANEJO FARMACOLOGICO.
3. LESIÓN DEL MANGUITO ROTADOR DERECHO MANEJO CON INFILTRACION POR EL SERVICIO DE ORTOPEDIA.
4. ARTROSIS.

REPORTE DE PARACLINICOS 07/05/2024
- HEMOGRAMA: HB 13.1 HTCO 39.2 PLAQUETAS 336.000 LEUCOS: 9.080 N: 5.190 L: 3.220 (NORMAL)

- COLESTEROL TOTAL: 190 MG/DL (NORMAL)
- COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD: 43.6 MG/DL (NORMAL)
- COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD: 97.42 MG/DL (NORMAL)
- TRIGLICERIDOS: 244.9 MG/DL (AUMENTADO)

- CR: 0.73 MG/DL (NORMAL)
- MICROALBUMINURIA:

- HB GLICOSILADA: 7.9% **DIABETES

- TSH: 2.59 MUI/ML (NORMAL)

- UROANALISIS: COLOR AMARILLO, ASPECTO TURBIO, DENSIDAD 6.0, PH 1030, NITRITOS NEGATIVOS, SANGRE 200, LEUCOCITOS NEGATIVOS. ANALISIS MICROSCOPICO: ERITROCITOS 20-25, LEUCOS 10-12, BACTERIAS ++ (PATOLOGICO - HEMATURIA)

Alérgicos NO REFIERE

Inmunológicos e Infecciosos INMUNIDAD COVID 19: NO

Hospitalizaciones NO REFIERE

Quirúrgicos CX RECONSTRUCTIVA DEL PISO PELVICO ?? (NO RECUERDA EL NOMBRE DE CX)

Transfusionales NO REFIERE

Toxicológicos NO REFIERE

Gineco-obstétricos

G5V4C0A1
MENARCA: A LOS 12 AÑOS
FUM: 12/05/2025
FUC: 2021 - SIN ALTERACIONES
MAMOGRAFIA: NO

REPORTE DE PARACLINICOS
- ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINAL - AGOSTO 2024: MIOMAS UTERINOS COMO SE DESCRIBIERON FIGO 5. SIGNOS DE INSUFICIENCIA VENOSA PÉLVICA, SUGIERO COMPLEMENTO CON DOPPLER TRANSVAGINAL. QUISTE HEMORRÁGICO VS ENDOMETRIOMA DEL OVARIO DERECHO.

Familiares NO REFIERE

EXÁMEN FÍSICO

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 ELIZABETH DAVID
Dirección BARRIO LAURELES CR 108 #105-66
Fecha de Nacimiento 14/04/1975 **Edad** 50 Años **Sexo** Femenino
Ocupación INSPECTORES DE SEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL, MEDIOAMBIENTAL Y A
Administradora PEC001 SENA

Nº Historia 30079690
Identificación CC 30079690
Teléfono 3206658200-3146278550
Lugar de Nacimiento MUTATA Antioquia
Correo electrónico elizabethdavid7@gmail.com

Signos vitales

PA	140/80
FC	87
FR	18
SAT O²	100%
F.U.M	12/05/2025
Peso (kg)	69
Talla (M.cm)	1.60
IMC	26.95

HALLAZGOS

HALLAZGOS

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.
CABEZA SIN LESIONES, SIN DEFORMIDADES, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSAS ROSADAS E HIDRATADAS.
CUELLO MÓVIL, SIN LESIONES NI INGURGITACIÓN YUGULAR.
TÓRAX SIMÉTRICO, SIN LESIONES, SIN TIRAJES, SIN RETRACCIONES.
ABDOMEN BLANDO, DOLOROSO A LA PALPACIÓN DE HEMIABDOMEN INFERIOR, NO MASAS NO MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PUÑO PERCUSIÓN RENAL DERECHA DUDOSA.
EXTREMIDADES: NO SE OBSERVAN DEFORMIDADES, NO EDEMAS.
NO DÉFICIT NEUROLÓGICO APARENTE.

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico N939 HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL. NO ESPECIFICADA
Diagnóstico Rx 1 N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS. SITIO NO ESPECIFICADO
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

1. PACIENTE CON HUA, TIENE ECO TV DEL MES DE AGOSTO 2024 DONDE SE EVIDENCIA MIOMAS UTERINOS COMO SE DESCRIBIERON FIGO 5. SIGNOS DE INSUFICIENCIA VENOSA PÉLVICA, SUGIERO COMPLEMENTO CON DOPPLER TRANSVAGINAL. QUISTE HEMORRÁGICO VS ENDOMETRIOMA DEL OVARIO DERECHO, POR LO QUE SE ORDENA MANEJO, TOMA DE PARACLINICOS Y CONTROL CON GINECOLOGÍA.

PLAN
- DEXPROFEN, TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS - SI HAY DOLOR.
- QUERCETOL, TOMAR UNA TABLETA 500 MG CADA 8 HORAS POR 7 DÍAS - PARA SAGRADO.
- SE SOLICITA HEMOGRAMA Y ECOGRAFIA TV.
- VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA CON RESULTADOS.

2. PACIENTE CON SOSPECHA DE INFECCIÓN URINARIA, SE ORDENA TOMA DE PARACLINICOS, MANEJO EMPIRICO Y REVISIÓN CON RESULTADOS.

PLAN
- KEFLEX 500 MG, TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DÍAS - INICIAR DESPUÉS DE ENTREGAR MUESTRA DE ORINA.
- SE SOLICITE UROCULTIVO Y ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS.
- REVISIÓN CON RESULTADOS, SOLICITE CITA.
- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

(RELIGIOSAS) CON INFECCIÓN URINARIA
***RECOMENDACIONES GENERALES PARA PACIENTES ADULTOS CON INFECCIÓN URINARIA:
• ORINE DESPUÉS DE TENER UNA RELACIÓN SEXUAL Y ASEE LOS GENITALES DESPUÉS DE SALIR DEL BAÑO (LÍMPIESE HACIA ATRÁS CADA VEZ QUE VAYA AL BAÑO).
• NO SE AGUANTE LAS GANAS DE ORINAR, EVACUE FRECUENTEMENTE LA VEJIGA Y TRATE DE EVACUAR TODO EL CONTENIDO.
• INGERIR ABUNDANTES LÍQUIDOS (6 A 8 VASOS DE AGUA AL DÍA) Y ALIMENTOS RICOS EN VITAMINA C SI LOS TOLERA.
• EVITE TENER RELACIONES SEXUALES MIENTRAS HACE EL TRATAMIENTO Y DURANTE ESTE TIEMPO NO HACER EJERCICIO FÍSICO INTENSO.
• NO SE REALICE LAVADOS EN LOS GENITALES DE MANERA EXCESIVA Y NUNCA UTILICE SOLUCIONES ANTISÉPTICAS NI DUCHAS VAGINALES. SOLO CON SU BAÑO DIARIO ES SUFICIENTE Y POSTERIOR A TENER RELACIONES SEXUALES, PERO SIEMPRE CON JABONES ADECUADOS PARA LA ZONA GENITAL O NEUTROS, INFANTILES, DE GLICERINA O AVENA.
• NO UTILICE PROTECTORES DIARIOS, TAMPONES O ESPERMICIDAS DURANTE EL TRATAMIENTO MÉDICO, PORQUE PROMUEVEN LA

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 ELIZABETH DAVID
Dirección BARRIO LAURELES CR 108 #105-66
Fecha de Nacimiento 14/04/1975 **Edad** 50 Años **Sexo** Femenino
Ocupación INSPECTORES DE SEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL, MEDIOAMBIENTAL Y A
Administradora PEC001 SENA

Nº Historia 30079690
Identificación CC 30079690
Teléfono 3206658200-3146278550
Lugar de Nacimiento MUTATA Antioquia
Correo electrónico elizabethdavid7@gmail.com

DISEMINACIÓN DE LA INFECCIÓN.
• EVITE EL ESTREÑIMIENTO CON UNA DIETA RICA EN FIBRA Y ABUNDANTES LÍQUIDOS ORALES.
• EVITE LOS ALIMENTOS QUE SE CONSIDERAN "IRRITANTES URINARIOS", COMO LO SON EL CAFÉ, LAS BEBIDAS OSCURAS, LICOR DE TODO TIPO, GASEOSAS (TODAS), ALIMENTOS CON COLORANTES (MECATO QUE PINTA LOS DEDOS DE AMARILLO), COMIDA MUY GRASOSA O MUY CONDIMENTADA.

***SI PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DEBE CONSULTAR EN SU IPS ASIGNADA O POR URGENCIAS:
• SI FIEBRE ELEVADA MAYOR DE 38 GRADOS.
• NO MEJORÍA DE LOS SÍNTOMAS DESPUÉS DE 2 DÍAS DE TRATAMIENTO.
• SI PERSISTE EL ARDOR PARA ORINAR O PRESENTA ORINA CON SANGRE.
• SI PERSISTE CON SENSACIÓN DE QUEDAR CON GANAS DE ORINAR O DOLOR EN LA CINTURA INTENSO A PESAR DEL TRATAMIENTO.
• SI PRESENTA EMPEORAMIENTO DEL ESTADO GENERAL, ESCALOFRÍO, NÁUSEAS Y VÓMITO.

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