Salud

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2025-03-27 10:27:19
Nro. Prescripción
En Junta de Profesionales de la Salud

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento:	Municipio:	Código Habilitación:
BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.	1100130296S4

Documento de Identificación:	Nombre Prestador de Servicios de Salud:
900558348	HOSPITAL DE BOSA
Dirección: CALLE 75 SUR # 100 A - 53	Teléfono: 6013842160

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
RC1141378934	LOPEZ	SUAZA	ETHAN	JOSUE

Número Historia Clínica:	Diagnóstico Principal:	Usuario Régimen:	Ambito atención:
1141378934	E440 DESNUTRICIÓN PROTEICOCALORICA MODERADA	SUBSIDIADO	AMBULATORIO - NO PRIORIZADO

PRODUCTOS PARA SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo producto	Producto para Soporte Nutricional / Forma	Dosis	Vía o Forma de Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
FORMULAS ESPECIALES PARA NIÑOS (LACTANTES, NIÑOS DE CORTA EDAD Y NIÑOS)	PEDIASURE CLINICAL LIQUIDO 220 ML / BOTELLA	220 MILILITRO(S)	ORAL	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	2 BOTELLA EN EL DIA UNA EN LA MAÑANA SEGUNDA EN LA TARDE	60 / SESENTA / BOTELLA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación:	Nombre
CC44152505	VIVIANA DEL CARMEN MARTINEZ ORTIZ
Registro Profesional: 02471	Firma
Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA	CodVer: BA45-FA7B-ACF2-DA4E-BAC8-09F0-D46E-2C2F

Esta solicitud está en análisis por la Junta de Profesionales de la Salud. Comuníquese con su EPS.

Scanned with CamScanner

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2025-03-27 10:27:19
Nro. Prescripción
En Junta de Profesionales de la Salud

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento:	Municipio:	Código Habilitación:
BOGOTA D.C	BOGOTA D.C.	1100130296S4

Documento de Identificación:	Nombre Prestador de Servicios de Salud:
***b9048	HOSPITAL DE BOSA
Dirección: CALLE 73 SUR # 100 A - 83	**Teléfono** 6013649160

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
RC 1141378934	LOPEZ	SUAZA	ETHAN	JOSUE

Número Historia Clínica:	Diagnóstico Principal:	Usuario Régimen:	Ambito atención:
1141378934	E440 DESNUTRICIÓN PROTEICOCALORICA MODERADA	SUBSIDIADO	AMBULATORIO - NO PRIORIZADO

PRODUCTOS PARA SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo producto	Producto para Soporte Nutricional / Forma	Dosis	Vía o Forma de Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
FORMULAS ESPECIALES PARA NIÑOS (LACTANTES NIÑOS DE CORTA EDAD Y NIÑOS)	PEDIASURE CLINICAL LIQUIDO 220 ML / BOTELLA	220 MILILITRO(S)	ORAL	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	30 DÍA(S)	2 BOTELLA EN EL DIA UNA EN LA MANLANA SEGUNDA EN LA TARDE	60 / SESENTA / BOTELLA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación:	Nombre:
CC44152605	VIVIANA DEL CARMEN MARTINEZ ORTIZ
Registro Profesional: 92471	Firma: Viviana Martinez Ortiz
Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA	CodVer BA45-FA75-ACF2-DA4E-BAC5-C9F0-D48E-2C2F

Esta solicitud está en análisis por la Junta de Profesionales de la Salud. Comuníquese con su EPS.

Scanned with CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

SUBREDSO CONSULTA DE NUTRICION NIÑOS

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

FECHA DE FOLIO: 27/03/2025 10:30:11 a. m. N° FOLIO: 249

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1141378934 **Tipo_doc:** RegistroCivil **IDENTIFICACION:** 1141378934 **EDAD:** 2 Años / 11 Meses / 8 Días
NOMBRE PACIENTE: ETHAN JOSUE SUAZA SANCHEZ **FECHA DE NACIMIENTO:** 18/04/2022 12:00:00 a. m. **SEXO:** Masculino
ESTADO CIVIL: Soltero **NIVEL / ESTRATO:** SUBSIDIADO NIVEL 1
ENTIDAD: CAPITAL SALUD **TIPO DE REGIMEN:** Subsidiado
DIRECCION: CL 42 SUR 88H 09 **TELEFONO:** 3212574152 **PROCEDENCIA:** BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

N° INGRESO: 12561935 **FECHA DE INGRESO:** 27/03/2025 9:35:41 a. m.
FINALIDAD CONSULTA: Tratamiento **CAUSA EXTERNA:** Enfermedad_general
RESPONSABLE: 2 **DIRECCION RESPONSABLE:** S **TELEFONO RESPONSABLE:** S

☐ CONTROL ☑ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Nivel Educativo 1.PREESCOLAR Etnia 6.NINGUNO DE LOS ANTERIORES Discapacidad: 5.MÚLTIPLE

Responsable del paciente: FLOR SUAZA Responsable SI Tel: 3212574152

Ocupación del paciente : Orientacion Sexual Religion:

Núcleo familiar : Procedencia :

ENFERMERDAD ACTUAL : CONTROL POR NUTRICION, QUE SE ADELANTE YA QUE NUEVAMENTE EN CONTROL POR PEDIATRIA SE EVIEDENICA AUMENTO EN INDICACDOR P/T QUIEN SOLICITA INICIO DE COMPLEMENTACION NUTRICIONAL CON META A NO PASAR A DESNUTRICION MODERADA, CON EXTEMA PRECOUPACION YA QUYE MADRE NO ASISTIO A CONTROL PROGRAMADO PARA NUTRICION SEGUN LO PROGRAMADO

MOTIVO DE CONSULTA:

VALORACION POR ANTRO CONSULTA 16/02/2024 PESO 9860 GRAMOS TALLA 85 CMS PC 47 CMS PB 16 CMS
PUNTAJE Z SCORE
P/T -1.88 DS SE INTERPRETA CON RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA
T/E -2.58 RIESGO DE TALLA BAJA
IMC -1.58 DS
PACIENTE EN RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA CON GANANCIA MODERADA DE PESO
DESNUTRICION MODERADA SECUNDARIA POR RETRESO SICOMOTOR Y RETRASO CEREBRAL, SIN ACEPTACION A PUMPLY NUT EN CONTROLES PREVIOS

ANTECEDENTES:

Patológicos: G111ATAXIA CEREBELOSA
Quirúrgicos: NO REFIERE
Traumatológicos: NO REFIERE
Hospitalizaciones: NO REFIERE
Transfusionales: NO REFIERE
Farmacológicos: NO REFIERE
Tóxicos: NO REFIERE
Alérgicos: NO REFIERE
Ginecológicos: NO REFIERE
Familiares: NO REFIERE

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: **PESO ACTUAL:** 10,00 kg PESO IDEAL: Kg **TALLA ACTUAL:** 86,30 m TALLA IDEAL: m

Indice de Masa Corporal Actual: 13,60 **Indice de Masa Corporal Ideal:** **Perimetro Cefalico Actual** 47,00 Cm **Perimetro Cefalico Ideal**

INDICACIONES ANTROPOMETRICAS:

PESO/EDAD: **CLASIFICACION:** *****MENORES DE 2 AÑOS***** **TALLA/EDAD:** **CLASIFICACION:**

PESO/TALLA: CLASIFICACION: Perimetro Cefalico/Edad: Indice de Masa Corporal/Edad

INTERPRETACION NUTRICIONAL:

VALORACION POR ANTRHO PUNTAJE ZCORE
P/T -2.12 DS DESNUTRICION MODERADA
T/E -2.95 DS DESNUTRICION GLOBAL
T/E -2.73 DS TALLA BAJA

Viviana Martinez Ortiz

Profesional: MARTINEZ ORTIZ VIVIANA DEL CARMEN
Cédula: 44152605
Especialidad NUTRICION Y DIETETICA

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Recibido 1/04/25

Scanned with CamScanner

IMC/E -1.74 DS
PC/E -1.70 DS
PB/E -1.20 DS
PACIENTE EN DESNUTRICION MODERADA SECUNDARIA A PARALISIS CEREBRAL

PARACLINICOS: Hemoglobina gr. Hematocrito % Nitrogeno Ureico GLICEMIA: GLICEMIA POST:

Colesterol Total | Colesterol de Alta Densidad | Colesterol de Baja Densidad | TRIGLICÉRIDOS:

proteinas Totales | Albumina | Hormona estimulante de la Tiroides | Triyodotironina | Tiroxina

Creatinina: | Tiroxina libre: | Transferrina :

LACTANCIA MATERNA: Recibió leche materna: SI Recibe leche materna: Exclusiva **EXCLUSIVA (Meses):** 6,00 **COMPLEMENTARIA (Meses):** 6,00
PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA: Complementación en menores de 3 años Causa del destete :
EDUCACION EN LACTANCIA MATERNA: Dechos de la mujer - niños y niñas

CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÒN :

¿Dónde come? Casa Apetito : Regular Deglución : Dificultad Masticación : Mala Ingesta : Despacio
Alergia alimentaria : NO ¿Cual? :
Intolerancia Alimentaria : NO ¿Cual? :
Complementos y/o suplementos: NO ¿Cual? : Frecuencia :

ANAMNESIS ALIMENTARIA:

ALIMENTOS RECHAZADOS:
LA LECHE
HABITO INTESTINAL:
DIARIO
RECORDATORIO GLOBAL CADA 24 HORAS:
DESAYUNO: EN EL JARDIN MAMA NO PREGUNTO
NUEVES: EN EL JARDIN
ALMUERZO: EN EL JARDIN
ONCES: EN LE JARDIN
COMIDA: POLLO SUDADO CON ARROZ Y PAPA + JUGO DE PERA TODO MECHADO SALSUDO TRITURADO
MAMA REFIERE QUE HA OPTIMIZADO MASTICACION EN TERA´PIA CON FONOAUDIOLGOIA
ALIMENTOS PREFERIDOS:
NO REIFE
FRECUENCIA DE CONSUMOS:

FRECUENCIA DE CONSUMO	DIARIO	2-3 V/SEM	4-6 V/SEM	OCASIONAL	NUNCA
		[HCCL04N04]			

PRESCRIPCION DEL TRATAMIENTO:
-DIETA SEMIBLANDA MOLIDA/MEHCADA SALSUDA, ALTA EN PROTEINAS Y CALORIAS, FRACCIONADA EN 6 TIEMPOS DE COMIDA
-COMPLEMENTACION NUTRICIONAL CON FORMULA INFANTIL DOS TOMAS EN EL DIA

PLAN :
-DIETOTERAPIA -COMPLEMENTACION NUTRICIONAL CON FORMULA ESPECIAL PARA NIÑOS BAJO CODIGO DE PRESCRIPCION 20250327115000575417

CONTROL :
EN UN MES

EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL :

DIAGNÓSTICOS

Código	Nombre	Tipo	Principal
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA	Presuntivo	True

Observaciones: DESNUTRICION MODERADA SECUNDARIA POR RETRESO SICOMOTOR Y RETRASO CEREBRAL, SIN ACEPTACION A PUMPLY NUT EN CONTROLES PREVIOS

DEMANDA INDUCIDA

EDUCACION

RECONOCE LOS DERECHOS Y DEBERES

DERECHOS

DEBERES

Viviana Martinez Ortiz

Profesional: MARTINEZ ORTIZ VIVIANA DEL CARMEN
Cédula: 44152605
Especialidad NUTRICION Y DIETETICA

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Scanned with CamScanner

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

900959048

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS.

SOLICITUD DE EXAMENES

SUBSECUENDO CONSULTA DE PEDIATRIA

OBSERVACIONES

Leche

Examen

Realizado 31 mayo 2025

1257474419

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS.

SOLICITUD PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

SUBREDSO CONSULTA DE PEDIATRIA

Nº Historia Clínica: 1141378934 **Nº Folio:** 250 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ETHAN JOSUE SUAZA SANCHEZ **Identificacion:** 1141378934 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 18/abril/2022 **Edad Actual:** 2 Años / 11 Meses / 8 Dias **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CL 42 SUR 88H 09 **Teléfono:** 3212574152
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:** DIRECTORES DE ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO CM- CONTRATO No CS-AS-001-2023 **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable: 1111 **Teléfono Resp:** 1
Dirección Resp: 11 **Nº Ingreso:** 12563070 **Fecha:** 27/03/2025 11:11:40 a. m.
Finalidad Consulta: Diagnostico **Causa Externa:** Enfermedad_general

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS QX	AREA SERVICIO:	001 - CAMBIAR AREA DE SERVICIO			
INTERNO	CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PREPARACION	ESTADO
11110585	890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	0	Rutinario
OBSERVACIÓN	ORDENADA POR FISIATRIA				
11110570	890302	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	1	0	Rutinario
OBSERVACIÓN	ORDENADA POR FISIATRIA				
11110579	890382	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	1	0	Rutinario
OBSERVACIÓN	ORDENADA POR FISIATRIA				
11110580	890302	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	1	0	Rutinario
OBSERVACIÓN	PRIORITARIA				
11110581	890376	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	0	Rutinario
OBSERVACIÓN	PEDIATRICA PRIORITARIA				
11110582	890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	1	0	Rutinario
OBSERVACIÓN	PRIORITARIA				
11110583	29112	TERAPIA FISICA, SESION	48	0	Rutinario

TURIZO QUEZADA DIOMAR DE JESUS
PEDIATRIA
Cédula de ciudadania-9138236

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
900959048
Fecha Actual : Jueves, 27 marzo 2025

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS.
SOLICITUD PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS
SUBREDSO CONSULTA DE PEDIATRIA

Nº Historia Clínica: 1141378934 Nº Folio: 250 Folio Asociado:
DATOS PERSONALES
Nombre Paciente: ETHAN JOSUE SUAZA SANCHEZ Identificacion: 1141378934 Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento: 18/abril/2022 Edad Actual: 2 Años / 11 Meses / 8 Dias Estado Civil: Soltero
Dirección: CL 42 SUR 88H 09 Teléfono: 3212574152
Procedencia: BOGOTA Ocupación: DIRECTORES DE ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS
DATOS DE AFILIACIÓN
Entidad: CAPITAL SALUD Régimen: Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO/CM- CONTRATO No CS-AS-001-2023 Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1
DATOS DEL INGRESO
Responsable: 1111 Teléfono Resp: 1
Dirección Resp: 11 Nº Ingreso: 12563070 Fecha: 27/03/2025 11:11:40 a. m.
Finalidad Consulta: Diagnostico Causa Externa: Enfermedad_general

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS QX	AREA SERVICIO:	001 - CAMBIAR AREA DE SERVICIO			
INTERNO	CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PREPARACION	ESTADO
OBSERVACIÓN	ORDENADA POR FISIATRIA TRES SESIONES SEMANALES POR 4 MESES. 3 SESIONES SEMANALES - 12 SESIONES / MES - 48 SESIONES / 4 MESES.				
11110584	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	1	0	Rutinario
OBSERVACIÓN	CD				
11110585	890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA	1	0	Rutinario
OBSERVACIÓN					
11110586	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	1	0	Rutinario
OBSERVACIÓN					
11110587	29113	TERAPIA OCUPACIONAL, SESION	48	0	Rutinario
OBSERVACIÓN	ORDENADA POR FISIATRIA TRES SESIONES SEMANALES POR 4 MESES. 3 SESIONES SEMANALES - 12 SESIONES / MES - 48 SESIONES / 4 MESES.				
11110588	29114	TERAPIA DEL LENGUAJE, SESION	48	0	Rutinario
OBSERVACIÓN	ORDENADA POR FISIATRIA TRES SESIONES SEMANALES POR 4 MESES. 3 SESIONES SEMANALES - 12 SESIONES / MES - 48 SESIONES / 4 MESES.				
11110589	890320	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRIA	1	0	Rutinario
OBSERVACIÓN					

TURIZO QUEZADA DIOMAR DE JESUS
PEDIATRIA
Cédula de ciudadania-9138236

Scanned with CamScanner

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
900959048

Fecha Actual : jueves, 27 marzo 2025

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS.

SOLICITUD PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

SUBREDSO CONSULTA DE PEDIATRIA

Nº Historia Clinica: 1141378934 **Nº Folio:** 350 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: ETHAN JOSUE SUAZA SANCHEZ **Identificacion:** 1141378934 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 18/abril/2022 **Edad Actual:** 2 Años / 11 Meses / 8 Dias **Estado Civil:** Soltero
Dirección: CL 42 SUR 80B 50 **Telefono:** 3213574153
Procedencia: BOGOTA **Ocupación:** DIRECTORES DE ADMINISTRACION Y SERVICIOS NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD POP SUBSIDIADO CM- CONTRATO No. CS-AS-001-2025 **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO NIVEL I

DATOS DEL INGRESO

Responsable: 1 1 1 1 **Telefono Resp:** 1
Dirección Resp: 11 **Nº Ingreso:** 125630370 **Fecha:** 27/03/2025 11:11:40 a. m.
Finalidad Consulta: Diagnostico **Causa Externa:** Enfermedad_general

ESTADO DE PROCEDIMIENTOS QX	AREA SERVICIO:	001 - CAMBIAR AREA DE SERVICIO			
INTERNO	CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PREPARACION	ESTADO
11110590	933201	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DE LA DEGLUCION	48	0	Rutinario
OBSERVACIÓN	ORDENADA POR FISIATRIA TRES SESIONES SEMANALES POR 4 MESES 3 SESIONES SEMANALES - 12 SESIONES / MES - 48 SESIONES / 4 MESES				
11110591	890281	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA	1	0	Rutinario
OBSERVACIÓN					

Total Items: 15

DIAGNÓSTICO

CODIGO	NOMBRE DIAGNOSTICOS
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA
G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA

TURIZO QUEZADA DIOMAR DE JESUS
PEDIATRIA
Cédula de ciudadanía-9138236

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Recibido 1/04/25

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

NIT 900959048 Call center: 3061489 opc 1 Fecha Actual : 17 marzo 2025

Sur Occidente ESE

FORMULACION FARMACEUTICA EXTERNO

Paciente ETHAN JOSUE SUAZA SANCHEZ **Edad** 2 Años / 11 Meses / 8 Dias **Folio** 350
Identificacion 1141378934 **Telefono Movil** 3213574153 **No Historia** 1141378934
Centro Atencion HOSPITAL ROSA **Telefono Fijo** **Ingreso** 125630370
Direccion CALLE 72 SUR 100 A 51 **Fecha Ingreso** 27/03/2025 11:11:40 a. m.
Fecha prescripcion 27/03/2025 11:36 a. m.
Entidad RS_147_1 - EPS CAPITAL SALUD POP SUBSIDIADO/CM- CONTRATO **Sumistro Parcial**
Ha Cama **Area de Servicio** 0031010 - C. EXT. PEDIATRIA HOSPITAL ROSA
Ubicacion Cama
Plan de Beneficios: RS_147_1 - EPS CAPITAL SALUD POP SUBSIDIADO/CM- CONTRATO
No. CS-AS-001-2025

Diagnostico Principal : E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA
Formula: FAM0000271101661 0

Código Diagnostico	Diagnostico
E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA
G800	PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA

MEDICAMENTOS POS

	Medicamento	Cantidad	Concentr.	Unidad	Via Admin.	Posología	Recomendaciones	Dura.
MED731	ACIDO FÓLICO 1 mg TABLETA	(30) TREINTA	1 mg	mg	Oral	Tomar 1 (uno) mg de Oral Frecuencia cada 24 horas, Durante 30 Dias	Dar 1 tableta diaria	30 d
MED977	ALBENDAZOL 100mg/5ml (2%) SUSPENSION ORAL/20 ml	(1) UNO	100MG/5ML (2%)	O	Oral	Tomar 1 (uno) 10 ml de Oral Frecuencia cada 12 horas, Durante 1 Dia	Dar 10 ml cada 12 horas	1 d

Total Items: 2

TURIZO QUEZADA DIOMAR DE JESUS
PEDIATRIA
91 38236

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] NIT [900959048-4]

Scanned with CamScanner