Código:	FOR-0003-[illegible]
Versión:	1

RIPS DE CONSULTA EXTERNA

Registro Individual p[illegible] Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/[illegible]nSalud

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cuadros	Morales	Londida	Rosa

TIPO IDENTIFICACIÓN: [X] CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 25200978

No. CARD:

TIPO DE USUARIO

Contributivo		Subsidiado	X
Vinculado		Particular	
Otro		NGPS	

TIPO DE AFILIADO

Cotizante	
Beneficiarios	
Adicional	

FECHA NACIMIENTO

DÍA	MES	AÑO
01	02	47

78 años

SEXO

F: X M:

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	Risaralda	La Hermosa	
Municipio	Santa Rosa de Cabal		
Barrio	La Hermosa		
Zona	Urbana: V		Rural:
Teléfono	3194619810		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN

FECHA NACIMIENTO

DÍA	MES	AÑO
26	05	23

TIPO DE CONSULTA

Urgencias	
General	
Especializada	

Otro tipo de Consulta:

CAUSA EXTERNA

1	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
2	Accidente de Transito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
3	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinfingida	13	Enfermedad General
4	Accidente Ofídico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional
5	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otra

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)

1	Atención del Parto (Puerperio)	6	Detención Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detención Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detención Alteraciones Agudeza Visual
4	Detención Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detención en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNOSTICOS

		CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	FOSK	493162 ✓				
1						
2						

Valor Consulta	$
Valor Cuota Moderadora	$
Valor Neto a Pagar	$

FIRMA Y SELLO MEDICO (A)

La paciente no acude a controles por problemas de Movilidad. Acude la hija. (Glodys Liliana Morales) para cambio de formulación. de Mantes de 20g x 10 g ya que es la que viene tomando la paciente

Se formula manual. = Mantes 10g c/24h en la noche

Lo hacen fuera en el sistema.

	RIPS DE CONSULTA EXTERNA Registro Individual p… a Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/… nSalud	Código:	FOR-0003-010
		Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Otero	Lozano	Maria	Isabel

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC ✓ | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 25155240

No. CARD:

TIPO DE USUARIO			TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Subsidiado	✓	Cotizante	
Vinculado		Particular		Beneficiarios	
Otro	NEPS			Adicional	

FECHA NACIMIENTO: 23 (DÍA) | 11 (MES) | 58 (AÑO)

SEXO: F | ✓ M | I

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	Santander
Municipio	Floridablanca
Barrio	Terrazas de Cabecera Mz 5 Cs 3
Zona	Urbana ✓ / Rural
Teléfono	3117223046

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 26 (DÍA) | 05 (MES) | 25 (AÑO)

TIPO DE CONSULTA		Otro tipo de Consulta	
	Urgencias		
	General		
	Especializada		

CAUSA EXTERNA					
1	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
2	Accidente de Transito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
3	Accidente Rabico	8	Lesión Autoinfingida	13	Enfermedad General
4	Accidente Ofidico	9	Sospecha Maltrato Fisico	14	Enfermedad Profesional
5	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otra

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)			
1	Atención del Parto (Puerperio)	6	Detención Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detención Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detención Alteraciones Agudeza Visual
4	Detención Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detención en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	I10X	4931664			
1					
2					
3					

Valor Consulta	$
Valor Cuota Moderadora	$
Valor Neto a Pagar	$

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

NC = tos. → no sueño por problemas de Movilid.

AP = HTA, Dslip crónico, fracturas pasadas, EPOC.

Acude amigos → (Liliana Duque) Prueba positiva

Ref — tos desde hace 1 Mes.

SI // Radiología normal, Rx de tórax. → Sintom.

Sc infecc. → ~~Distribución~~

tos seca, estertores en la noche.

Vive solo → Trabajo social. → Derivación

Salbutamol →
Claritromicina → → Mejoría.

RIPS DE CONSULTA EXTERNA

Registro Individual p... a Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/... nSalud

Código:	FOR-0003-...
Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ardila	Gómez	Francisco	Antonio

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 1 8 6 1 6 2 5 3.

No. CARD:

TIPO DE USUARIO		TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Subsidiado	✓
Vinculado		Particular	
Otro	NEPS		
		Cotizante	
		Beneficiarios	
		Adicional	

FECHA NACIMIENTO: 15 / 11 / 77 (DÍA / MES / AÑO)

47 años

SEXO: F | M ✓ | I

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	La Guajira
Municipio	Km 22A 22A-54 Conejos
Barrio	
Zona	Urbana ✓ / Rural
Teléfono	3 1 5 7 3 4 4 6 5 4

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 26 / 05 / 25 (DÍA / MES / AÑO)

TIPO DE CONSULTA			
	Urgencias		Otro tipo de Consulta
	General		
	Especializada		

CAUSA EXTERNA

1	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
2	Accidente de Transito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
3	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinflingida	13	Enfermedad General
4	Accidente Ofídico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional
5	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otra

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)

1	Atención del Parto (Puerperio)	6	Detención Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detención Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detención Alteraciones Agudeza Visual
4	Detención Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detención en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNÓSTICOS

		CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	R300	4931668.				
1	Z000	1694				
2						
3						

Valor Consulta	$
Valor Cuota Moderadora	$
Valor Neto a Pagar	$

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

MC = Mc ducks hs Testículos

SO2 97%

TA 140/60

Talla 1.78

Peso 91kg hace 2 meses

Ap = ACV, DM II no IR, ~~Hipotiroidismo~~

CC = 3 días de dolor testicular intenso en ~~Boca~~ incremento a Reposo @ tamaño usual y dolor al caminar.

55// Eco testicular, Uroanálisis → Doppler, Sistema, Mental

Rubén Tengo frío, Medias internas, Pantalones de cuadros

Eco de las orinas sin alteración

Planteo — fondo mental.

RIPS DE CONSULTA EXTERNA

Registro Individual p... Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/... nSalud

Código:	FOR-0003-034
Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ladino	trejos	Claudia.	Maria

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC ✓ | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 1 0 9 0 3 3 5 3 Y 2

No. CARD:

TIPO DE USUARIO		TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Subsidiado	✓
Vinculado		Particular	
Otro	#suetsalud	Adicional	

FECHA NACIMIENTO: 18 (DÍA) | 11 (MES) | 91 (AÑO)

SEXO: F ✓ | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	La Herrera		
Municipio	El Tambo		
Barrio			
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3107093546		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 26 (DÍA) | 05 (MES) | 25 (AÑO)

TIPO DE CONSULTA			Otro tipo de Consulta	
	Urgencias			
	General			
	Especializada			

CAUSA EXTERNA					
1	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
2	Accidente de Tránsito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
3	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinfligida	13	Enfermedad General
4	Accidente Ofídico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional
5	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otra

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)			
1	Atención del Parto (Puerperio)	6	Detención Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detención Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detención Alteraciones Agudeza Visual
4	Detención Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detención en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presum	C. Nuevo	C. Rep
Pr	Z000 ✓	4931670			
1					
2					
3					

Valor Consulta	$
Valor Cuota Moderadora	$
Valor Neto a Pagar	$

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

TA 110/70 mmHg. MC = Tengo Reposo de Examen

SO2 97% AP = No Refiere

Talla 1.53 Acude con. Reposo de Ecografía de

peso mama. por dolor en mama derecha

FUM = 25/05/2025, planifica con Nyachhi mensual.

Eco mamario → BIRADS-I → control anual según

lo Edad.

Refiere dolor en costado derecho que se exacerba en

las noches, la paciente refiere que ya está tomando

naproxeno

		PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL CONTRATO No. 306 - 2025	Código:	FOR-0063-003
			Versión:	2

FECHA			ESTRATEGIA O PROGRAMA
DIA 26	MES 05	AÑO 2025	Actividad de promoción y prevención en salud. Comunitaria, incluyendo Enfermedades transmisibles y no transmisibles

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
Jornada descentralizada de promoción y prevención La Venturosa.	DR Angelo - Enfer Patricia	Comunitario

No.	NOMBRES	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
			TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
1	Candida Rosa	Cuadros Morales	CC	25200970 1005 6225	S	NE	U	C	B	NA	Km 23 #22-29	Candida Rosa
2	Francisco Antonio	Arcia Gomez	CC	18616253	S	NE	U	C	B	NA	Km 22A # 22A 54 Cordoba	Francisco Antonio Arcia
3	Claudia Maria	Ladino Trejos	CC	1070335342	S	AS	U	C	B	NA	B/ Nieves.	Claudia Ladino
4	Mª Nilza	Orozco Garcia	CC	25155240	S	NS	U	C	B	NA	Tercera calle M25 c53	Mª Nilza Orozco
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Medico

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVACIONES
1			01-02-1947	3194198190	
2			15-11-1977	315 734 4 6 5 4	
3			18-11-1991	3107093546.	
4			23-11-1958	3117223046.	66 años
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

		PLAN DE INTERVENC. ES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC, L PLAN DE SALUD TERRITORIAL CONTRATO No. 306 · 2025	Código:	FOR-0063-003
			Versión:	2

FECHA			ESTRATEGIA O PROGRAMA	TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
26 DIA	05 MES	25 AÑO	Actividad de promoción y prevencion en salud comunitario incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles	Jornada de descentralizada promocion y prevencion la hermosa	Kelly Tatiana Rico M	Comunitaria

No.	NOMBRES	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
			TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
1	Jhoan Sebastian	Blandon Sanchez	CC	1085718242	S	ST	U	C	B	P/A	Centro de Salud H.	Sanchez
2	Mª Olma	Orrea Herrera	CC	25162762	S	ME	U	C	B	P/A	Centro de Salud H	Maria Olma Orrea
3	Maritza Andrea	Peña Hernandez	CC	1093225733	S	SS	U	C	B	P/A	Centro de Salud H	Andrea P
4	Danilo de Jesus	Grajales.	CC	10142916.	S	ST	U	U	B	P/A	Centro de Salud H	Danilo Grajales
5	Martha Rosa	Marin.	CC	24999177	S	ST	U	C	B	P/A	Centro de Salud H	Martha Rosa Marin
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVACIONES
1			18-02-07.	3176465 42.	18.
2			11-02-67.	3187091602 0.	58.
3			04-05-95.	3235070709	30.
4			18-04-72.	3113070024.	53.
5			15. 01-50.	3218314337.	75.
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

	FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES **ADMINISTRACION MUNICIPAL** **SANTA ROSA DE CABAL** **SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

4 ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD COMUNITARIA, INCLUYENDO ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES

4.7 Jornada descentralizada de promoción y prevención La Hermosa. Dos actividades por semana

NOMBRE ACTIVIDAD: Jornada de Salud
LUGAR: Puesto de Salud de La Hermosa
FECHA: 27 de mayo

PROFESIONALES
Equipo PIC Municipal









RIPS DE CONSULTA EXTERNA

Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud

Código:	FOR-0003-010
Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Lopez	Vargas	Carmen	Lucia

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC (X) | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 25161497

No. CARD:

TIPO DE USUARIO		TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Cotizante	
Subsidiado	X	Beneficiarios	
Vinculado		Adicional	
Particular			
Otro	ST		

FECHA NACIMIENTO: 14 (DÍA) 07 (MES) 66 (AÑO) — 58 años

SEXO: F (X) | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	Sta La Hermosa		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3186963644		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 27 (DÍA) 05 (MES) 25 (AÑO)

TIPO DE CONSULTA			Otro tipo de Consulta	
	Urgencias			
	General			
	Especializada			

CAUSA EXTERNA					
1	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
2	Accidente de Transito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
3	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinflingida	13	Enfermedad General
4	Accidente Ofídico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional
5	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otra

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)			
1	Atención del Parto (Puerperio)	6	Detención Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detención Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detención Alteraciones Agudeza Visual
4	Detención Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detención en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNOSTICOS

		CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	R600	4931528				
1						
2						
3						

Valor Consulta	$
Valor Cuota Moderadora	$
Valor Neto a Pagar	$

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

eso: 67
A: 110/60.
PO: 905.
C: 67 cc-o Dolor en planta de pie Izq desde hace 8 días. q-c la lesión comenzó correctamente, refiere que no puede apoyar el pie, Refiere caída en el 2 día del pie Izq, No antiguos en actualidad, se encuentra en la mañana.

AC = AG desde la planta del pie

AP= Hipotiroidismo, Hiperlipidemia

55// Rx de pie Izq → Sistema

Ibuprofeno 500mg c/ 12h x 5 días

	RIPS DE CONSULTA EXTERNA Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud	Código:	FOR-0003-010
		Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rendon	Morales.	Jose	

TIPO IDENTIFICACIÓN: [X] CE [ ] PA [ ] RC [ ] TI [ ] ASI [ ] MSI [ ] UN

No. IDENTIFICACIÓN: 4511975

No. CARD:

TIPO DE USUARIO		TIPO DE AFILIADO	
Contributivo	[ ]	Cotizante	[ ]
Subsidiado	[X]	Beneficiarios	[ ]
Vinculado	[ ]	Adicional	[ ]
Particular	[ ]		
Otro	[ ] ST		

FECHA NACIMIENTO: 02 04 44 (DÍA / MES / AÑO) — 81 años

SEXO: F [ ] M [X] I [ ]

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio			
Barrio			
Zona	La Arenosa	Rural	[ ]
Teléfono	3206046981		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 07 05 25 (DÍA / MES / AÑO)

TIPO DE CONSULTA			Otro tipo de Consulta
	Urgencias	[ ]	
	General	[ ]	
	Especializada	[ ]	

CAUSA EXTERNA					
1	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
2	Accidente de Transito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
3	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinflingida	13	Enfermedad General
4	Accidente Ofídico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional
5	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otra

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)			
1	Atención del Parto (Puerperio)	6	Detención Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detención Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detención Alteraciones Agudeza Visual
4	Detención Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detención en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNOSTICOS

		CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	E782 / E039 / 7002	4931				
1						
2						
3						

Valor Consulta	$
Valor Cuota Moderadora	$
Valor Neto a Pagar	$

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

No viene a consultas acude (sobrina Miriam Rodriguez

se le toman los datos AP = Hipotiroidismo
I.C.C
Dextrocardia
Hipotiroidismo
Dextrocardia

Metamizol → 10 gr
furosemida → 20
espironolactona 25 gr →
Atenolol 20 gr →
Levotiroxina 50 gr
Acetaminofen

(se da todo normal) → Dosis controlada.

	RIPS DE CONSULTA EXTERNA Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud	Código:	FOR-0003-010
		Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Quiceno	Buitrago	ANAYIBE	

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN — No. IDENTIFICACIÓN: 24615431 — No. CARD:

TIPO DE USUARIO		TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Cotizante	
Subsidiado	X	Beneficiarios	
Vinculado		Adicional	
Particular			
Otro	N.E		

FECHA NACIMIENTO: 24 / 10 / 38 (DÍA / MES / AÑO) — 85 años

SEXO: F X | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio			
Barrio	La Hermosa		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3205450		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 27 / 05 / 25 (DÍA / MES / AÑO)

TIPO DE CONSULTA			Otro tipo de Consulta	
	Urgencias			
	General			
	Especializada			

CAUSA EXTERNA					
1	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
2	Accidente de Transito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
3	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinflingida	13	Enfermedad General
4	Accidente Ofídico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional
5	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otra

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)			
1	Atención del Parto (Puerperio)	6	Detención Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detención Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detención Alteraciones Agudeza Visual
4	Detención Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detención en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	G039 / R422 / R42X	4931523			
1					
2					
3					

Valor Consulta	$
Valor Cuota Moderadora	$
Valor Neto a Pagar	$

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

TA: 120/80

SPO: 94

FC: 98

Talla: 1,70

peso: 61.1.

MC = tengo borracheras (Por la medicación

Ap = Hipotiroidismo, Demencia senil

CC → Mareos desde hace unos días de manera intermitente, sin desmayos ni otros síntomas. Parcial Regular infusión → Revisar en el sistema para dotación de pañales

Se Retorna de Base → Normal.

RIPS DE CONSULTA EXTERNA

Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud

Código:	FOR-0003-010
Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Quintero	Gomez	Viviana	Andrea.

TIPO IDENTIFICACIÓN: [X] CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 24738239

No. CARD:

TIPO DE USUARIO		TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Subsidiado	[X]
Vinculado		Particular	
Otro		A.S	
		Cotizante	
		Beneficiarios	
		Adicional	

FECHA NACIMIENTO: 26 / 02 / 84 (DÍA / MES / AÑO)

41 años

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL

Depto	Rda
Municipio	Sta Rosa
Barrio	La Hermosa
Zona	Urbana [ ] Rural [ ]
Teléfono	3115404690

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 27 / 05 / 25 (DÍA / MES / AÑO)

TIPO DE CONSULTA			Otro tipo de Consulta	
	Urgencias			
	General			
	Especializada			

CAUSA EXTERNA					
1	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
2	Accidente de Transito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
3	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinfligida	13	Enfermedad General
4	Accidente Ofídico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional
5	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otra

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)			
1	Atención del Parto (Puerperio)	6	Detención Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detención Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detención Alteraciones Agudeza Visual
4	Detención Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detención en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	N390				
1	493511				
2					
3					

Valor Consulta	$
Valor Cuota Moderadora	$
Valor Neto a Pagar	$

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

talla: 160
peso: 55.9.
SPO: 97
FC: 68
TA: 140/60.

MC = ~~Tengo Reporte de~~ Uso de ~~A~~ cefal.

AP = Hipotiroidismo

CC = disuria, dolor lumbar, tenesmo vesical

Previo uroanálisis patológico que se maneja con nitrofurantoína ~~se~~ con mejoría sintomatológica, en otro seguimiento acudió

Se inicia ciprofloxacino + cefal.

Pendiente reporte de ~~cultivo~~ uroanálisis

	RIPS DE CONSULTA EXTERNA Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud	Código:	FOR-0003-010
		Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Acuña	Castaño	Gonzalo	

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC [X] | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 1 5 7 8 0 6 7

No. CARD:

TIPO DE USUARIO		TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Cotizante	
Subsidiado	[X]	Beneficiario	
Vinculado		Adicional	
Particular			
Otro	A.S		

FECHA NACIMIENTO: 25 (DÍA) 05 (MES) 25 (AÑO)

SEXO: F | M [X] | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	La Hermosa		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3136230481		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 27 (DÍA) 05 (MES) 25 (AÑO)

TIPO DE CONSULTA			Otro tipo de Consulta	
	Urgencias			
	General			
	Especializada			

CAUSA EXTERNA					
	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
	Accidente de Tránsito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinflingida	13	Enfermedad General
	Accidente Ofídico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional
	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otra

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)			
1	Atención del Parto (Puerperio)	6	Detención Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detención Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detención Alteraciones Agudeza Visual
4	Detención Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detención en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	4·931810				
1					
2					
3					

Valor Consulta	$
Valor Cuota Moderadora	$
Valor Neto a Pagar	$

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Talla: 168 MC = Tengo un problema en tobillo
PESO 74.
SPO: 97. AP= No REFIERE
TA: 140/90. CC= dolor en tobillo derecho desde hace
4 meses, dolor pero constante, sin parestesias pero le edul.
Sin otro sintomatologia asocia

SS// 2x de PIE derecho
Resto constantes, PSA, sigue auto

Lo. Sistema

RIPS DE CONSULTA EXTERNA

Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud

Código:	FOR-0003-010
Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Lopez	Hernandez	Albeiro	

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC [X] | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 4576946

No. CARD:

TIPO DE USUARIO		TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Cotizante	
Subsidiado	[X]	Beneficiarios	
Vinculado		Adicional	
Particular			
Otro	A.S		

FECHA NACIMIENTO: 17 (DÍA) 05 (MES) 53 (AÑO) — 47 años

SEXO: F | M [X] | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Stu Rosa		
Barrio	La Hermosa		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3146938427.		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 27 (DÍA) 05 (MES) 25 (AÑO)

TIPO DE CONSULTA		Otro tipo de Consulta	
	Urgencias		
	General		
	Especializada		

CAUSA EXTERNA					
	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
	Accidente de Transito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinflingida	13	Enfermedad General
	Accidente Ofídico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional
	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otra

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)			
1	Atención del Parto (Puerperio)	6	Detención Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detención Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detención Alteraciones Agudeza Visual
4	Detención Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detención en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNÓSTICOS

	CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	Z000	✓	493509.		
1					
2					
3					

Valor Consulta	$
Valor Cuota Moderadora	$
Valor Neto a Pagar	$

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Peso: 80
Talla: 1.70
TA: 120/80
SPO: 91
FC: 74

HC = Tanga Kapunte de Etsmas
Ap = Hiperlipidemia
Acude a cuota con reporte de
CT = 188 TG = 262 PIA 1,60 Glucosa 104
Sigue cuota. regular (Vuelve a cuotas)
Dueña de la agencia mod
55// optometra → cuotas ✓
Cuotas mayores cuotas en 3 meses
55// Perfil lipido de cuot. en 3 ms (Mensual)

RIPS DE CONSULTA EXTERNA

Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud

Código:	FOR-0003-010
Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Orozco	chacon	Cristopher	

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC | CE | PA | **X** | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 1091280595

No. CARD:

TIPO DE USUARIO		TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Subsidiado	X
Vinculado		Particular	
Otro		A.S	
Cotizante			
Beneficiarios			
Adicional			

FECHA NACIMIENTO: 24 / 06 / 20 (DÍA / MES / AÑO)

4 años

SEXO: F | M X | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	La Hermosa		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3216774309		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 27 / 05 / 25 (DÍA / MES / AÑO)

TIPO DE CONSULTA			Otro tipo de Consulta	
	Urgencias			
	General			
	Especializada			

CAUSA EXTERNA					
	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
	Accidente de Transito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinfligida	13	Enfermedad General
	Accidente Ofidico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional
	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otra

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)			
1	Atención del Parto (Puerperio)	6	Detención Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detención Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detención Alteraciones Agudeza Visual
4	Detención Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detención en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNÓSTICOS

		CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	V	4931508				
1						
2						
3						

Valor Consulta	$
Valor Cuota Moderadora	$
Valor Neto a Pagar	$

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Peso: 17.1
Talla 103
TAPO: 98
FC: 120.

AP = no Refiere (Madre Tartamudez clónica

CC → Debut abdominal intermitente desde hace 15 días. Hipoacusia hace 3 días, no dispositivo visible, no fractura. Refiere la madre debut en oído derecho.

Se ordena audiometría pdi y cyp al alta.

Sospecha coprolalia, Hemoglobina, anemia. → Hemat.

Otorrino → Escuela de oído → no/sordera.

RIPS DE CONSULTA EXTERNA

Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud

Código:	FOR-0003-010
Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Hincapie	Galvis	Sandra	Jhoana

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC [X] | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 1059812921

No. CARD:

TIPO DE USUARIO		TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Subsidiado	[X]
Vinculado		Particular	
Otro		ST	
		Cotizante	
		Beneficiarios	
		Adicional	

FECHA NACIMIENTO		
31	05	92
DÍA	MES	AÑO

32 años

SEXO: F [X] | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	sta Rosa		
Barrio	La Hermosa		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3227888967		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN	FECHA NACIMIENTO		
	27	05	25
	DÍA	MES	AÑO

TIPO DE CONSULTA			Otro tipo de Consulta	
	Urgencias			
	General			
	Especializada			

CAUSA EXTERNA					
	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
	Accidente de Tránsito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinfligida	13	Enfermedad General
	Accidente Ofídico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional
	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otra

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)			
1	Atención del Parto (Puerperio)	6	Detención Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detención Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detención Alteraciones Agudeza Visual
4	Detención Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detención en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNÓSTICOS

		CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	4932214 ✓					
1						
2						
3						

Valor Consulta	$
Valor Cuota Moderadora	$
Valor Neto a Pagar	$

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

TA: 100/80.
SPO: 99
FC: 76.

Sintomi.

✓

RIPS DE CONSULTA EXTERNA

Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud

Código:	FOR-0003-010
Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Osorio	Cardona	Luis	Evelio

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN — No. IDENTIFICACIÓN: 1 7 1 9 9 7 8 8 — No. CARD:

TIPO DE USUARIO		TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Cotizante	
Subsidiado	X	Beneficiarios	
Vinculado		Adicional	
Particular			
Otro	ST		

FECHA NACIMIENTO: 25 (DÍA) 10 (MES) 47 (AÑO) = 77 años

SEXO: F | M X | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Sta Rosa		
Municipio			
Barrio	La Hermosa		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3 2 1 8 3 1 4 3 3 7		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 27 (DÍA) 05 (MES) 25 (AÑO)

TIPO DE CONSULTA			Otro tipo de Consulta	
	Urgencias			
	General			
	Especializada			

CAUSA EXTERNA					
	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
	Accidente de Tránsito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinflingida	13	Enfermedad General
	Accidente Ofídico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional
	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otra

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)			
1	Atención del Parto (Puerperio)	6	Detención Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detención Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detención Alteraciones Agudeza Visual
4	Detención Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detención en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	Z000	4932213 ✓			
1					
2					
3					

Valor Consulta	$
Valor Cuota Moderadora	$
Valor Neto a Pagar	$

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

talla 164.
Peso: 71.7.
TA: 140/80
SPO: 98.

RIPS DE CONSULTA EXTERNA

Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud

Código:	FOR-0003-010
Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Escobar	Ramirez	Ana	Maria

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC | No. IDENTIFICACIÓN: 1088825172 | No. CARD:

TIPO DE USUARIO		TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Cotizante	
Subsidiado	X	Beneficiarios	
Vinculado		Adicional	
Particular			
Otro	Subsidiado total		

FECHA NACIMIENTO: 27 / 08 / 04 (DÍA / MES / AÑO) — 20 años

SEXO: F X | M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rdy		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	La Hermosa		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3187399819		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 27 / 05 / 25 (DÍA / MES / AÑO)

TIPO DE CONSULTA			Otro tipo de Consulta	
	Urgencias			
	General			
	Especializada			

CAUSA EXTERNA					
	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
	Accidente de Transito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinfligida	13	Enfermedad General
	Accidente Ofídico	9	Sospecha Maltrato Físico	14	Enfermedad Profesional
	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otra

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)			
1	Atención del Parto (Puerperio)	6	Detención Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detención Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detención Alteraciones Agudeza Visual
4	Detención Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detención en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNÓSTICOS

	CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	Z000				
1	J320				
2					
3					

Valor Consulta	$
Valor Cuota Moderadora	$
Valor Neto a Pagar	$

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)

Talla: 161
SPO: 96
FC 72.
TA: 120/70

MC = todo en orden y sigo igual

Ap = no refiere

CC = cuento en las mañanas con náuseas, refiere dolor en epigastrio, refiere que se mejora con el vómito y con el descanso. Refiere ~~hipocolesterolemia~~ hipercolesterolemia y polidipsia en ponchera de cáscara (vía externa) cirugía hace más de 1 año.

SSII Coprología, Hemograma, Glucosa pre y post. TSH. y T4 libre

Lo hemos

Refiere que puesto perdido entre todo el mes pasado

Fum = 15/07/2025 no planificados.

no toma pastillas en la

	RIPS DE CONSULTA EXTERNA Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - Res. 3374/2000 MinSalud	Código:	FOR-0003-010
		Versión:	1

DATOS USUARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cuellar	Vargas	Arnubia	

TIPO IDENTIFICACIÓN: RC [X] | CE | PA | RC | TI | ASI | MSI | UN

No. IDENTIFICACIÓN: 4 0 6 0 0 5 8 8

No. CARD:

TIPO DE USUARIO			TIPO DE AFILIADO	
Contributivo		Subsidiado	Cotizante	
Vinculado		Particular	Beneficiarios	
Otro		N.E	Adicional	

FECHA NACIMIENTO: 20 / 11 / 73 (DÍA / MES / AÑO)

5 años

SEXO: F [X] M | I

RESIDENCIA HABITUAL			
Depto	Rda		
Municipio	Sta Rosa		
Barrio	La Hermosa.		
Zona	Urbana		Rural
Teléfono	3 2 2 8 0 1 9 6 4 1		

CONSULTA EXTERNA

No. AUTORIZACIÓN:

FECHA NACIMIENTO: 27 / 05 / 25. (DÍA / MES / AÑO)

TIPO DE CONSULTA			Otro tipo de Consulta	
	Urgencias			
	General			
	Especializada			

CAUSA EXTERNA					
1	Accidente de Trabajo	6	Evento Catastro	11	Sospecha Violencia Sexual
2	Accidente de Transito	7	Lesión x Agresión	12	Sospecha Maltrato Emocional
3	Accidente Rábico	8	Lesión Autoinflingida	13	Enfermedad General
4	Accidente Ofidico	9	Sospecha Maltrato Fisico	14	Enfermedad Profesional
5	Otro Accidente	10	Sospecha Abuso Sexual	15	Otra

FINALIDAD DE LA CONSULTA (Promoción y Prevención)			
1	Atención del Parto (Puerperio)	6	Detención Alteraciones del embarazo
2	Atención del Recien Nacido	7	Detención Alteraciones del Adulto
3	Atención Planificación Familiar	8	Detención Alteraciones Agudeza Visual
4	Detención Alteraciones Desarrollo Joven	9	Detención en Enfermedad Profesional
5	Detención Alteraciones Crecimiento		

DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO C.I.E.	Imp. Dx	Presun	C. Nuevo	C. Rep
Pr	4932208 ✓				
1					
2					
3					

Valor Consulta	$
Valor Cuota Moderadora	$
Valor Neto a Pagar	$

FIRMA Y SELLO MÉDICO (A)