| C.T.A. MULTISER | PROGRAMA ADULTO MAYOR<br>C.T.A. MULTISER<br>CENTRO VIDA ORIENTE<br>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO | Alcaldía de PEREIRA |
|---|---|---|
| Versión: 0 | | Vigencia: 05-2017 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | Adiela Muñoz | 71 | Expareja | — |
| 6 | — | — | — | — |

2.2. RELACIONES SOCIALES: (FRECUENCIA DE INTERACCIÓN CON)

| | DIARIO | SEMANAL | MENSUAL | ESPORÁDICAMENTE |
|---|---|---|---|---|
| FAMILIARES | — | — | — | X |
| PARIENTES | — | — | — | X |
| VECINOS | — | — | — | X |
| AMIGOS | — | — | — | — |

## 3. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA = 10%

3.1 FACTORES PROTECTORES:

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES: NO X / SI — /

CUÁL? — /

TIENE DIETA PRESCRITA? NO X / SI — /

CUAL? — /

TIENE ALGÚN PLAN DE EJERCICIO FÍSICO DIRIGIDO? NO X / SI — /

CUAL? — /

REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD DE FORMA CONTINUA EN:

RECREACIÓN — / CULTURA — / ARTES — / MANUALIDADES — /

OTRAS: — / CUÁLES: — /

DE INGRESAR AL PROGRAMA QUE ACTIVIDADES LE GUSTARÍA REALIZAR?

Ejercicios de movilidad /

3.2. FACTORES DE RIESGO:

FUMA: SI — / NO X / BEBE: SI — / NO X / SEDENTARIO: SI X / NO — /

## 4. RECURSOS ECONÓMICOS = 20%

4.1 DEPENDENCIA ECONÓMICA:

PENSIONADO — / RENTAS PROPIAS — / CÓNYUGE — / HIJOS — /

FAMILIARES — / SUBSIDIO DEL ESTADO X / AMIGOS — / VECINOS — /

OTROS CUÁLES? — /

4.2 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN:

- NO ALCANZA A CUBRIR LAS NECESIDADES BÁSICAS. X

- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS..... —
- CUBRE LAS NECESIDADES BÁSICAS Y AHORRA..... —

**4.3 SUS INGRESOS ECONÓMICOS LE PERMITEN CUBRIR LAS SIGUIENTES NECESIDADES BÁSICAS:**

ALIMENTACIÓN: SI X / NO —/ SALUD: SI —/ NO X/ VIVIENDA: SI X/ NO —/

VESTUARIO: SI —/ NO X/ TRANSPORTE: SI —/ NO X/ RECREACIÓN: SI —/ NO X/

## 5. VIVIENDA = 20%

**5.1. CALIDAD DE TENENCIA**

PROPIA —/ FAMILIAR —/ ARRENDADA X/ INVASIÓN —/ CEDIDA —/

PRESTADA —/ NO CUENTA CON UN LUGAR FIJO DONDE VIVIR —/ OTRO — /

**5.2. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DEL HOGAR EN:**

CALLE DE DIFICIL ACCESO A LA VIVIENDA —/ ESCALAS —/ PISOS CON DESNIVEL —/

PUERTAS X/ VENTANAS X/ BAÑO INCOMPLETO —/ DIVISIONES X/

DORMITORIO CON OTRAS FUNCIONES —/ DORMITORIO COMPARTIDO —/

DORMITORIO AISLADO X/ HUMEDADES —/ ILUMINACIÓN-VENTILACIÓN INTERNA DEFICIENTE X/

VIVIENDA EN RUINA —/ OTRA —/

TODAS LAS ANTERIORES —/NINGUNA DE LAS ANTERIORES —/

**LA PERSONA ADULTA MAYOR CUMPLE CON EL PERFIL EXIGIDO PARA EL PROGRAMA:**

**CENTRO VIDA: SI X/ NO __/**

**NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REALIZO LA VISITA:** Gloria Inés Arias /

**PROFESIÓN:** Trabajo Social / **N° REGISTRO PROFESIONAL:** 12502595

C.T.A. MULTISER

**FICHA DE INSCRIPCION**
**PROGRAMA PARA EL ADULTO MAYOR**
**CENTRO VIDA ORIENTE**

Alcaldía de PEREIRA

**Código:** FO-DS-04-009
**Versión:** 01
**Fecha de Creación:** 17/08/2017

**IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL BENEFICIARIO(A)**

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

PRIMER NOMBRE: Jose
SEGUNDO NOMBRE: Fernando
PRIMER APELLIDO: Grisales
SEGUNDO APELLIDO: Quintero

**TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:** (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

1 [X] CEDULA DE CIUDADANÍA
2 [ ] CEDULA DE EXTRANJERÍA
3 [ ] TARJETA DE IDENTIDAD
4 [ ] REGISTRO DE NACIMIENTO NUIP
5 [ ] PASAPORTE
6 [ ] TARJETA DE EXTRANJERÍA

Fecha de Nacimiento: 23/may/1946
No. Documento 4526916

**RANGO DE EDAD:**

1 [X] MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)
2 [ ] MAYOR DE 55 AÑOS

AÑOS CUMPLIDOS: 78

**SEXO:**

1 [X] HOMBRE
2 [ ] MUJER
3 [ ] LGBTI

**DATOS SISBEN:**

Esta
1 [X] SI
2 [ ] NO
PUNTAJE: B7

**ESTADO CIVIL:**

CASADO(A) [X]
SOLTERO(A) [ ]
DIVORCIADO(A) [ ]
VIUDO(A) [ ]

**ESTA AFILIADO A UNA EPS (ANEXAR FOTOCOPIA DE LA EPS)**

1 [X] SI
2 [ ] NO

1 [ ] CONTRIBUTIVA
2 [X] SUBSIDIADA

CUAL: S.O.S Pereira

**¿PERTENECE USTED A ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES POBLACIONALES?**

1 [ ] VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
2 [ ] REINCORPORADO(A)
3 [ ] PUEBLOS INDIGENAS
4 [ ] MADRE CABEZA DE FAMILIA
5 [X] PERSONA EN CONDICION DE DISCAPACIDAD
6 [ ] COMUNIDADES (Negras, Afro, Palenqueras y Raizales).
7 [ ] PUEBLO Rrom (Gitanos)
8 [ ] OTRO. ¿CUAL?

**¿CÚAL ES EL NIVEL EDUCATIVO MÁS ALTO ALCANZADO POR USTED?** (MARQUE CON UNA X, SOLO UNA (1) DE LAS SIGUIENTES ALTERNATIVAS)

1 [X] NINGUNO
2 [ ] PRIMARIA COMPLETA
3 [ ] PRIMARIA INCOMPLETA
4 [ ] SECUNDARIA COMPLETA
5 [ ] SECUNDARIA INCOMPLETA
6 [ ] TÉCNICA/TECNOLÓGICA COMPLETA
7 [ ] TÉCNICA/TECNOLÓGICA INCOMPLETA
8 [ ] UNIVERSITARIA COMPLETA
9 [ ] UNIVERSITARIA INCOMPLETA
10 [ ] POSTGRADO COMPLETO
11 [ ] POSTGRADO INCOMPLETO
12 [ ] OTRO (EDUCACIÓN NO FORMAL)

**¿PERTENECE USTED A ALGUNA(S) ORGANIZACIÓN(ES) Y/O ASOCIACION(ES)?**

1 [ ] SI ¿CUÁL(ES)? 1 —
2 —
2 [X] NO

**¿ACTUALMENTE RECIBE ALGÚN(OS) SUBSIDIO(S) POR PARTE DEL GOBIERNO (NACIONAL, DEPARTAMENTAL O DISTRITAL) O DEL SECTOR PRIVADO?**

1 [X] SI
[X] GOBIERNO
[ ] SECTOR PRIVADO

2 [ ] NO

¿CUAL(ES)?: 1 Colombia Mayor
2

**DESCRIBA BREVEMENTE SUS INTERESES PARA OCUPAR SU TIEMPO LIBRE**

Escucha música Cristiana, lee la biblia, Ve televisión

3

**UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL BENEFICIARIO(A)**

**SU LUGAR DE RESIDENCIA SE ENCUENTRA UBICADO EN:**

DEPARTAMENTO: Risaralda MUNICIPIO: Pereira

1 [—] RURAL: VEREDA: —
NOMBRE DE LA FINCA: —

2 [X] URBANA: DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Cra 11 # 1-49
BARRIO: Popular Modelo

**DATOS DE CONTACTO DEL BENEFICIARIO(A)**

TELÉFONO FIJO: 3194516811 TELÉFONO MÓVIL: 3194516811 EMAIL: —

**DATOS DE CONTACTO DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA**

NOMBRE: Sorany Grisales Muñoz PARENTESCO: Hija
TELÉFONO DE CONTACTO: 3041169994

**ACTIVIDAD ECONÓMICA DEL BENEFICIARIO (A)**

**E1. ACTUALMENTE SU ACTIVIDAD PRINCIPAL ES:** (Asigne una sola alternativa, la que mejor describa la actividad principal

1 [—] BUSCANDO TRABAJO
2 [—] TRABAJAR
3 [—] ESTUDIAR
4 [—] OBRERO O EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR
5 [—] OBRERO O EMPLEADO DEL GOBIERNO
6 [—] EMPLEADO(A) DOMÉSTICO
7 [—] TRABAJADOR FAMILIAR SIN REMUNERACIÓN
8 [—] TRABAJADOR SIN REMUNERACIÓN EN EMPRESAS O DE NEGOCIOS DE
9 [—] OFICIOS DEL HOGAR
10 [X] INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR
11 [—] JORNALERO O PEÓN
12 [—] TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR
13 [—] PATRÓN O EMPLEADOR
14 [—] OTRO. ¿CUÁL? —

**MODULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN**

**¿CUÁLES SON LAS EXPECTATIVAS QUE USTED TIENE CON SER BENEFICIARIO DEL CENTRO VIDA O DIA**

Sentirme bien atendido por los profesionales

**DESCRIBA CONDICIONES MEDICAS ESPECIALES O QUE CONSIDERA NECESARIAS TENER EN CUENTA**

Hipertensión Arterial, diabetes tipo 2, dislipidemia, dolor crónico por discopatía, Hipertrigliceridemia

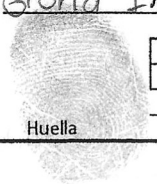
**INFORMACIÓN DE CONTROL DE LA ENCUESTA**

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: Gloria Inés Arias

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

| DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| 23 | 05 | 2024 |

FIRMA DE LA PERSONA MAYOR O HUELLA




**OBSERVACIONES:**

| C.T.A. MULTISER | PROGRAMA ADULTO MAYOR<br>C.T.A. MULTISER<br>CENTRO VIDA ORIENTE<br>HOJA DE VIDA ADULTO MAYOR | Atendido PERSONAL |
|---|---|---|
| Versión: 0 | | Vigencia: 05-2017 |



NOMBRE DE LA INSTITUCION: Centro Vida Oriente



NOMBRES: Jose Fernando

APELLIDOS: Grisales Quintero

FECHA DE NACIMIENTO: DIA: 23 / MES: Mayo / AÑO: 1946

EDAD: 78 SEXO M / CÉDULA DE CIUDADANIA: 4526916 / TIPO SANGRE: Ot /

HOJA VIDA No: __

ETNIA: MESTIZO: X / INDIGENA: — / AFROCOLOMBIANO: — / RAIZAL: — / ROM: — / OTRO: ____

DIRECCIÓN: Cra 11 # 1-49 / BARRIO: Popular modelo

COMUNA: Comuna Universidad / VEREDA: ——

TELEFONO FIJO: —— / CELULAR: 3194516811 / PLAN FUNERARIO: Mapfre

S.G.S.S.S: C: — / S: X / V: — / O: — / E.P.S: S.O.S / PUNTAJE SISBEN B7

ENFERMEDADES: H.T.A: X / DIABETES: X / OSTEOPOROSIS: — / ARTRITIS: — / EPOC: — / OTRA: Discopatía

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Losartan, metformina, pregabalina

ALERGIA A MEDICAMENTOS: ——

DISCAPACIDADES: FÍSICA: X / MENTAL: —— / SENSORIAL: —— / MULTIPLE: Cual ——

FACTORES DE RIESGO: TABACO: — / ALCOHOL: — / SEDENTARISMO: X / OTRO: ——

FACTORES PROTECTORES: EJERCICIO: — / DIETA PRESCRITA: — / PERTENENCIA GRUPOS: —

NIVEL ESCOLARIDAD: PRIMARIA: — / SECUNDARIA: — / NINGUNO: X / OTRO: —

INGRESOS ECONOMICOS: RENTA PROPIA: — / APOYO FLIA: — / PENSION: — / PROGRAMA ESTADO: X / NINGUNO: —

CONVIVENCIA: PAREJA: — / FAMILIA: X / SOLO: — / OTRO: —

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: Sorany Grisales Muñoz

PARENTESCO: Hija / TEL FIJO: — / TEL CELULAR: 3041169994

NOMBRES Y APELLIDOS COORDINADOR(A) PROGRAMA: Gloria Cenedo Gonzalez

DIRECCION: CRA 13 #2E-04 / TELEFONOS: 3127797748

CORREO ELECTRONICO: gloriac612002@hotmail.com

ANEXOS: CEDULA: (X) SISBEN: (X) ESTUDIO SOCIOECONOMICO: (/) CONSENTIMIENTO INFORMADO: (/) OTRO: CUAL ____

| C.T.A.MLTISER | PROGRAMA ADULTO MAYOR<br>C.T.A. MULTISER<br>CENTRO VIDA ORIENTE<br>AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES | Alcaldía de PEREIRA |
|---|---|---|
| Versión: 0 | | Vigencia: 05-2017 |

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por La Cooperativa de Trabajo Asociado Multiser en calidad de operadora del programa para el adulto Mayor Centro Vida Oriente, de lo siguiente:

1. Multiser actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.
2. Que la información ´suministrada podrá ser verificada por los colaboradores de lMultiser en cualquier momento.
3. Multiser tendrá la facultad de compartir toda la información con la Alcaldía Municipal de Pereira, entiendo que esta entidad es la encargada de la supervisión, vigilancia y control del funcionamiento del Centro Vida.
4. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales.
5. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
6. Multiser garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado oportunamente.
7. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a Multiser para tratar mis datos personales, tomar mi huella dactilar y registro fotográfico cuando sea necesario de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, y misionales de Multiser.
8. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de Pereira, a los 23 días del mes de Mayo del año 2024.

Firma:

Nombre: Fernando Grisales

Identificación: 4526916



| C.T.A. MULTISER | PROGRAMA ADULTO MAYOR<br>C.T.A. MULTISER<br>CENTRO VIDA ORIENTE<br>CONSENTIMIENTO INFORMADO | Alcaldía de PEREIRA |
|---|---|---|
| Versión: 0 | | Vigencia: 05-2017 |

**ACTIVIDAD: La Ley 1276 de 2009, establece** nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los Centros Vida. Esta ley tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de las categorías A1 a C18 del SISBÉN IV, contribuyendo así, a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida. Los servicios mínimos que ofrecerán los Centros Vida serán los siguientes:

| SERVICIO | SI X | NO |
|---|---|---|
| 1. Alimentación. | X | |
| 2. Orientación Psicosocial. | X | |
| 3. Atención Primaria en Salud. | X | |
| 4. Aseguramiento en Salud. | X | |
| 5. Deporte, Cultura y Recreación. | X | |
| 6. Auxilio Exequial. | X | |
| 7. Manutención de alimentos | X | |
| 8. Otras. | X | |

**DESCRIPCIÓN**

**De los posibles riesgos en las actividades y las que pudieran derivarse:**

- Caída, especialmente en la zona húmeda, por lo que se recomienda hacer uso de sandalias.
- Lesión durante la realización de las actividades deportivas, recreativas, culturales y de manualidades, se recomienda seguir todas las indicaciones de los profesionales encargados de las actividades.
- Si presenta una patología de base pueden existir diferentes posibilidades de riesgo en la ejecución de las actividades anteriormente mencionadas, sin embargo, los profesionales tendrán presente estas en el momento de elaborar los planes de intervención y comunicarán las indicaciones pertinentes y/o restricciones de considerarlo necesario, con la intención de prevenir contratiempos.

Yo, Jose Fernando Grisales Quintero, con cedula N° 4526916, entiendo que las actividades a realizar arriba descritas implican tener beneficios para mi salud además de la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos en algunas de ellas, según fui informado en detalle por parte de los orientadores de las actividades. Estoy de acuerdo con las recomendaciones, obligaciones y sugerencias arriba descritas en cuanto al cuidado de mi salud y las formas a seguir previas y durante las actividades y entiendo que no me eximo de la responsabilidad de atender tales recomendaciones y respetarlas para reducir todo riesgo al mínimo posible.

Firmado en la ciudad de: Pereira a los 23 del mes de Mayo del año 2024

Firma – cedula - huella del adulto mayor: Fernando Grisales CC 4526916

Firma – cedula - huella del acudiente: _____

Firma - cedula del orientador: CC: 1225092595

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.526.916**
**GRISALES QUINTERO**

APELLIDOS
**JOSE FERNANDO**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-MAY-1946**
**PUEBLO RICO**
**(RISARALDA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

**19-SEP-1968 PUEBLO RICO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2400100-00089981-M-0004526916-20081007 0004072076A 1 4560004139

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 01/06/2024

**Ficha:** 66001003565500000285

B7

**Pobreza moderada**

DATOS PERSONALES

**Nombres:** JOSE FERNANDO

**Apellidos:** GRISALES QUINTERO

**Tipo de documento:** Cédula de ciudadanía

**Número de documento:** 4526916

**Municipio:** Pereira

**Departamento:** Risaralda

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 29/10/2019

**Última actualización ciudadano:** 29/10/2019

**Última actualización via registros administrativos:**

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

## Contacto Oficina SISBEN

**Nombre administrador:** MARTHA ISABEL OSPINA CARDENAS

**Dirección:** Carrera 10 No 17 – 59 – Piso 1

**Teléfono:** 3248703

**Correo Electrónico:** sisben@pereira.gov.co

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 4526916 |
| NOMBRES | JOSE FERNANDO |
| APELLIDOS | GRISALES QUINTERO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | RISARALDA |
| MUNICIPIO | PEREIRA |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S. -CM | SUBSIDIADO | 01/01/2007 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 06/01/2024 08:35:57 | **Estación de origen:** | 2801:12:c800:2070::1 |

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de**

**Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional - 018000910083

| Comfamiliar RISARALDA | Copia Paciente | FORMULA POS AMB. PYP 58875495 0101 | Código: |
|---|---|---|---|
| | Comfamiliar Risaralda NIT: 891480000<br>Area de Servicios: MEDICINA | | Versión No: |
| | | | Vigente a partir: |

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ciudad: PEREIRA RDA. | Fecha: 2024/05/07 | Entidad: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. EPS | Plan: SUBSIDIADO SOS PLAN POS 2018 (Capitado) |
| Nombre: JOSE FERNANDO GRISALES QUINTERO | | Documento: CC 4526916 | Fecha Nacimiento: 1946/05/23 |
| Sexo: MASCULINO | Edad: 77 AÑOS 11 MESES 14 DÍAS | Ocupación: INDETERMINADO | Obs: **101 MEDICINA** |
| Procedencia: PEREIRA | | Zona: URBANA — Teléfono: 3108423153 | |
| Dirección: CALLE 73 N 36 15 | | Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO | |
| Cotizante: CC 4526916 | | Categoría: A | Estado Civil: INDETERMINADO |
| Codigo del Diagnostico: I10X | | Tipo de Contingencia: ENFERMEDAD GENERAL | |

| *MEDICAMENTOS* | *CANTIDAD* | *Indicaciones* | *JUSTIFICACION* | *SOLO 1ERA FORMULA* |
|---|---|---|---|---|
| LOSARTAN POTASICO TABLETA 50MG | 30 | TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 24 HORAS | | SI |
| METFORMINA CLORHIDRATO TABLETA 850MG | 30 | TOMAR 1 TABLETA CON EL ALMUERZO | | SI |
| ACETAMINOFEN TABLETA 500MG | 90 | TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS. | | SI |

**RECOMENDACIONES**

| **MEDICO** | | **PACIENTE** | **VALOR TOTAL** | **$** |
|---|---|---|---|---|
| **Firma Digitalizada:** | | | Cuota Moderadora | **$** |
| ZAMORA AGUDELO OLGA JANETH | | JOSE FERNANDO GRISALES QUINTERO | Neto A Pagar IPS | $ |
| CC42028058 | Reg: 15541-03 | CC 4526916 | Expendedor | Especialidad MEDICINA GENERAL |

**ESTA FORMULA ES VALIDA POR TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION**

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional - 018000910383

PD

**PRESTACION DIRECTA DE SERVICIOS COMFAMILIAR RISARALDA IPS**

Orden de prestación de servicio que no requiere autorización y se le realizara en las instalaciones de Comfamiliar Risaralda IPS.

**Para la toma de exámenes de laboratorio se debe solicitar cita previa a través del Call Center 3135700 horario de lunes a viernes de 2 a 5 pm o a través del chat de Comfamiliar**

| Comfamiliar RISARALDA | Original | 58875495 08 | Código: |
|---|---|---|---|
| | Comfamiliar Risaralda NIT: 891480000<br>Area de Servicios: MEDICINA | | Versión No: |
| | | | Vigente a partir: |

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ciudad: PEREIRA RDA. | Fecha: 2024/05/07 | Entidad: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. EPS | Plan: SUBSIDIADO SOS PLAN POS 2018 (Capitado) |
| Nombre: JOSE FERNANDO GRISALES QUINTERO | | Documento: CC 4526916 | Fecha Nacimiento: 1946/05/23 |
| Sexo: MASCULINO | Edad: 77 AÑOS 11 MESES 14 DÍAS | Ocupación: INDETERMINADO | Obs: **101 MEDICINA** |
| Procedencia: PEREIRA | | Zona: URBANA / Teléfono: 3108423153 | |
| Dirección: CALLE 73 N 36 15 | | Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO | |
| Cotizante: CC 4526916 | | Categoría: A | Estado Civil: INDETERMINADO |
| Codigo del Diagnostico: | | Tipo de Contingencia: | |

## INTERCONSULTA AMBULATORIA

| | ESPECIALIDAD | JUSTIFICACION | FINALIDAD |
|---|---|---|---|
| | 890201 CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL | CITA RCV | NO APLICA |

**MÉDICO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ZAMORA AGUDELO OLGA JANETH | CC42028058 | Reg: 15541-03 | Firma Digitalizada: |

Si sus servicios son autorizados para Salud Comfamiliar, por favor escaneé el siguiente código QR, para conocer los canales de atención ó ingrese a www.saludcomfamiliar.com/QR

| Comfamiliar RISARALDA | ORIGINAL | JUSTIFICACION PRESTACION SERVICIOS E INCAPACIDAD 58875495 0801 | Código: |
|---|---|---|---|
| | Comfamiliar Risaralda NIT: 891480000<br>Area de Servicios: MEDICINA | | Versión No: |
| | | | Vigente a partir: |

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ciudad: PEREIRA RDA. | Fecha: 2024/05/07 | Entidad: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. EPS | Plan: SUBSIDIADO SOS PLAN POS 2018 (Capitado) |
| Nombre: JOSE FERNANDO GRISALES QUINTERO | | Documento: CC 4526916 | Fecha Nacimiento: 1946/05/23 |
| Sexo: MASCULINO | Edad: 77 AÑOS 11 MESES 14 DÍAS | Ocupación: INDETERMINADO | Obs: **101 MEDICINA** |
| Procedencia: PEREIRA | | Zona: URBANA / Teléfono: 3108423153 | |
| Dirección: CALLE 73 N 36 15 | | Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO | |
| Cotizante: CC 4526916 | | Categoría: A | Estado Civil: INDETERMINADO |
| Codigo del Diagnostico: I10X | | Tipo de Contingencia: ENFERMEDAD GENERAL | |

## Ingreso CONSULTA MEDICA GENERAL NUEVA

## MOTIVO DE CONSULTA

*MOTIVO DE CONSULTA:* TENGO

*ENFERMEDAD ACTUAL:* PACIENTE DE 77 AÑOS ASISTE A CONSULTA POR Q SE LE TERMINARON LOS MEDICAMENTOS Y NO HABIA PODIDO VOLVER A CONTROL .ADEMAS SE HACE TTO CON MEDICINA NATURAL( HIERBAS ) . SOLICITA ADEMAS CONSTANCIA POR CAMBIOS EN PIEL DE MANOS Q NO PERMIT LA LECTURA DE HUELLAS DACTILARES . AP : HIPERTENSION ARTERIAL (DIAGNÓSTICO A LOS 72 AÑOS APROX, SIN HISTORIA DE CRISIS HIPERTENSIVAS ). DIABETES TIPO 2 (DIAGNÓSTICO EN ENERO DE 2020, SIN HISTORIA DE CRISIS HIPERGLICEMICAS). DISLIPIDEMIA MIXTA CON HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA. DOLOR CRONICO POR DISCOPATÍA L5-S1. HISTORIA DE INHADERENCIA A MANEJO FARMACOLÓGICO Y ASISTENCIA A CONTROLES DE RCV. HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA CON EPISODIOS DE OBSTRUCCION VESICAL EN NOVIEMBRE DE 2023, CON USO DE SONDA. EN MANEJO CON ACETAMINOFEN 500 MG CADA 8 HORAS - ACIDO VALPROICO 250 MG CADA 12 HORAS - TIAMINA 300 MG CADA DIA - LOSARTAN 50 MG CADA 24 HORAS - METFORMINA 850 MG CADA DIA - ATORVASTATINA + EZETIMIBE 20 MG +10 MG CADA NOCHE . *ANTECEDENTES: PATOLÓGICOS Y FARMACOLÓGICOS: LOS INDICADOS. TÓXICOS: EX TABAQUISMO: 14 CIGARRILLOS AL DÍA DESDE LOS 14 AÑOS HASTA LOS 40 AÑOS.. *ALÉRGICOS: NIEGA. * QUIRÚRGICOS: *

*CAUSA EXTERNA:* ENFERMEDAD GENERAL

*FINALIDAD DE LA CONSULTA:* NO APLICA

*EVALUACION DE NECESIDADES:* NECESIDADES FISICAS

*CONCILIACION MEDICAMENTOSA:* ANOTADOS

## HUM DEL PACIENTE

*ESCALA DE DOLOR:* 4-5 DOLOR MODERADO

*RIESGO DE CAIDAS:* MAS DE 2 ALTO RIESGO

*MANEJO DEL DUELO:* NO APLICA

## REV POR SISTEMAS - MED ACTUAL1

*SINTOMATICO RESPIRATORIO:* NO

*ORGANO DE LOS SENTIDOS:* SIN SINTOMAS

*CARDIO-PULMONAR:* SIN SINTOMAS

*GASTRICO:* SIN SINTOMAS

*UROGENITAL:* SIN SINTOMAS

*OSTEOMUSCULAR:* SIN SINTOMAS

*ENDOCRINOLOGICO:* SIN SINTOMAS

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20220824 | 76 | M | HTA + DM | NO | HOMBRE BLANCO | SI | NO | BUEN ESTADO GENERAL | 72.1 | 1.62 | 27.47 | 104 | 68 | 68 | 15 | 36 |
| 20220825 | 76 | M | HTA + DM | NO | HOMBRE BLANCO | NO | NO | APOYO EN BASTON | 71.7 | 1.62 | 27.32 | 101 | 70 | 70 | 18 | 37 |
| 20230202 | 76 | M | HTA + DM | NO | HOMBRE BLANCO | SI | NO | BUEN ESTADO GENERAL | 69.6 | 1.62 | 26.52 | 96 | 69 | 69 | 15 | 36 |
| 20230302 | 76 | M | HTA + DM | NO | HOMBRE BLANCO | SI | NO | ACEWPTABLE | 67.8 | 1.62 | 25.83 | 98 | 68 | 68 | 15 | 36 |
| 20230602 | 77 | M | HTA | NO | HOMBRE BLANCO | SI | NO | BUEN ESTADO GENERAL | 70.6 | 1.62 | 26.90 | 95 | 69 | 69 | 15 | 36 |
| 20230904 | 77 | M | HTA | NO | HOMBRE BLANCO | SI | NO | BUEN ESTADO GENERAL | 70 | 1.62 | 26.67 | 96 | 69 | 69 | 15 | 36 |
| 20231204 | 77 | M | HTA | NO | HOMBRE BLANCO | SI | NO | BUENO | 68 | 1.60 | 26.56 | 94 | 72 | 72 | 16 | 36 |
| 20240507 | 77 | M | HTA | NO | HOMBRE BLANCO | NO | NO | BEG | 70.8 | 1.60 | 27.65 | . | 70 | 70 | 18 | 36 |

## EXAMEN FISICO

*CABEZA Y CUELLO:* NORMOCEFALO

*OJOS Y FONDO DEL OJO:* PINR ANICTERICO

*ORL:* .

*TÓRAX:* -

*CARDÍACO:* RSCRS

*PULMONAR:* MV LIMPIO SIN AGREGADOS SPO2 97

*ABDOMEN:* PERISTALTISMO POSITIVO BLANDO. NO DOLOROSO

*GENITOURINARIO:* NO EVALUADO

*TACTO RECTAL:* NOS EHACE

*OSTEOMUSCULAR:* MARCHA CON BASTON

*VASCULAR PERIFERICO:* .

*NEUROLÓGICO:* CONCIENTE. ORIENTADO . NO DEFICIT

*PIEL Y FANERAS:* ERITEMA EN DEDOS DE MANOS , SIN DESCAMACION NI FISURAS

*MENTAL:* NORMAL

## Dx, ANALISIS Y PLAN

*TIPO DE DIAGNOSTICO:* IMPRESION DIAGNOSTICA

*TIPO DE CONTINGENCIA:* ENFERMEDAD GENERAL

*CLASE DE ATENCION:* AMBULATORIA ELECTIVA

*DIAGNOSTICO PRINCIPAL:* I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

*ANÁLISIS Y PLAN:* 1.PACIENTE DE 77AÑOS CON ALTO RCV POR HIPERTENSION ARTERIAL. DIABETES TIPO 2. DISLIPIDEMIA MIXTA CON HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA.NO ADHERENTE A CONTROL NI TTO . ASINTOMÁTICO CARDIORRESPIRATORIO. PRESIÓN ARTERIAL EN RANGO NORMAL. 2. CAMBIOS EN MIXTOS EN PIEL DE PRED EN DEDOS DE MANOS QUE NO PERMITE LECTURA ADECUADA DE HUELLA DACTILAR .. PLAN: SE FORMULA IGUAL TTO POR 1 MES. SE INDICA LA IMPORTANCIA DE ASISTIR A CONTROL DE RCV Y LA ADECUADA ADHERENCIA A TTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO. SE ENTREGA HC PARA TRAMITE DE HUELLA DACTILARES. - SE DA ORDEND E CITA DE PROGRAMA DE RCV . -SE DAN DERECHOS Y DEBERES

*RIESGO CARDIOVASCULAR:* ALTO

*DISCAPACIDAD:* SIN DISCAPACIDAD

*RIESGO METABOLICO:* RIESGO NO EVALUADO

*REMITIDO A PROGRAMA DE PYP:* RIESGO CARDIOVASCULAR

*ES ATENCION ONCOLOGICA?:* NO

*OTROS DIAGNÓSTICOS*

R234 CAMBIOS EN LA TEXTURA DE LA PIEL

*ESTADIO* *RIESGO CARDIOVASCULAR*

## INTERCONSULTA AMBULATORIA

*ESPECIALIDAD* *JUSTIFICACION* *FINALIDAD*

*NEUROLOGICO Y MENTAL:* SIN SINTOMAS

*PIEL Y FANERAS:* SIN SINTOMAS

Evaluación Riesgo RCV

| *Fecha* | *Edad* | *Sexo* | *Patología de Base* | *Insuficiencia Renal* | *Genero* | *Cita Programa RCV* | *Tabaquismo* | *Aspecto General* | *Peso [Kg]* | *Talla [Mts]* | *Imc* | *Perimetro Abdominal [cm]* | *Frecuencia Cardíaca* | *Pulso* | *Frecuencia Respiratoria* | *Temperatu* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20141024 | 68 | M | NO APLICA | NO | HOMBRE BLANCO | NO | NO | BUEN ERSTADO GERNAL | 70 | 1.62 | 26.67 | 104 | 78 | 78 | 16 | - |
| 20150205 | 68 | M | NO APLICA | NO | HOMBRE BLANCO | NO | NO | NORMAL | 73 | 1.59 | 28.87 | 101 | 82 | 82 | 17 | 37 |
| 20160323 | 69 | M | NO APLICA | NO | HOMBRE BLANCO | NO | NO | BUEN ESTADO | 69 | 1.59 | 27.29 | 101 | 72 | 72 | 15 | 36.7 |
| 20160415 | 69 | M | NO APLICA | NO | HOMBRE BLANCO | NO | NO | BUENO | 69 | 1.59 | 27.29 | . | 70 | 70 | 18 | 36 |
| 20160517 | 69 | M | NO APLICA | NO | HOMBRE BLANCO | NO | NO | BUENO | 69 | 1.59 | 27.29 | - | 76 | 76 | 16 | 36 |
| 20160926 | 70 | F | NO APLICA | NO | HOMBRE BLANCO | NO | NO | BUENO | 72 | 1.59 | 28.47 | - | 79 | 79 | 18 | 36.0 |
| 20171205 | 71 | M | NO APLICA | NO | HOMBRE BLANCO | NO | NO | BEG | 72.3 | 1.59 | 28.59 | 00 | 75 | 75 | 17 | 36.5 |
| 20181229 | 72 | M | NO APLICA | NO | HOMBRE BLANCO | NO | NO | BEG | 74 | 1.59 | 29.27 | - | 70 | 70 | 20 | AFEB |
| 20190226 | 72 | M | HTA | NO | HOMBRE BLANCO | NO | NO | BEG | 74 | 1.59 | 29.27 | - | 70 | 70 | 20 | 36.2 |
| 20190527 | 73 | M | HTA | NO | HOMBRE BLANCO | SI | NO | APARENTA BIEN | 71 | 1.59 | 28.08 | 99 | 75 | 75 | 14 | 36.5 |
| 20190722 | 73 | M | HTA | NO | MUJER BLANCA | SI | NO | BUENO | 71 | 1.62 | 27.05 | 95 | 66 | 66 | 17 | 36 |
| 20191017 | 73 | M | HTA | NO | HOMBRE BLANCO | SI | NO | ESTABLE | 70.3 | 1.62 | 26.78 | 97 | 68 | 68 | 15 | AFEBR |
| 20200115 | 73 | M | HTA | NO | HOMBRE BLANCO | SI | NO | APARENTE BIEN | 69.3 | 1.62 | 26.40 | 94 | 67 | 67 | 15 | AFEBR |
| 20210222 | 74 | M | HTA | NO | HOMBRE BLANCO | SI | NO | APARENTE BIEN | 69.3 | 1.62 | 26.40 | 94 | 67 | 67 | 15 | AFEBR |
| 20210415 | 74 | M | HTA | NO | HOMBRE BLANCO | SI | NO | APARENTA BUEN ESTADO | 68.3 | 1.62 | 26.02 | 94 | 70 | 70 | 16 | AFEBR |
| 20210520 | 74 | M | HTA | NO | HOMBRE BLANCO | SI | NO | APARENTA BUEN ESTADO | 68.3 | 1.62 | 26.02 | 94 | 70 | 70 | 16 | AFEBR |
| 20210716 | 74 | M | HTA | NO | HOMBRE BLANCO | SI | NO | APARENTA BUEN ESTADO | 70 | 1.62 | 26.67 | 96 | 70 | 70 | 16 | AFEBR |
| 20211014 | 75 | M | HTA | NO | HOMBRE BLANCO | NO | NO | BUEN ESTADO | 68.4 | 1.62 | 26.06 | 95 | 80 | 80 | 17 | 36.5 |
| 20220203 | 75 | M | HTA | NO | HOMBRE BLANCO | NO | NO | POLIATRALGIA DOLOR. | 63 | 1.62 | 24.00 | 95 | 80 | 80 | 17 | 36.5 |
| 20220301 | 75 | M | HTA | NO | HOMBRE BLANCO | NO | NO | POLIATRALGIA DOLOR. | 63 | 1.62 | 24.00 | 95 | 80 | 80 | 17 | 36.5 |
| 20220726 | 76 | M | HTA | NO | HOMBRE BLANCO | SI | NO | BUEN ESTADO GENERAL | 63 | 1.62 | 24.00 | 95 | 80 | 80 | 16 | 36 |
| 20220726 | 76 | M | NO APLICA | NO | HOMBRE BLANCO | NO | NO | BUENO | 71 | 1.62 | 27.05 | 98 | 78 | 78 | 14 | 36 |
| 20220811 | 76 | M | HTA + DM | NO | HOMBRE BLANCO | NO | NO | APARENTEMENTE BIEN | 72 | 1.62 | 27.43 | 94 | 78 | 78 | 20 | 35.6 |

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional - 01800099 10383

| Comfamiliar RISARALDA | Copia Paciente | FORMULA POS AMB. PYP 58875495 0102 | Código: |
|---|---|---|---|
| | Comfamiliar Risaralda NIT: 891480000<br>Area de Servicios: MEDICINA | | Versión No: |
| | | | Vigente a partir: |

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ciudad: PEREIRA RDA. | Fecha: 2024/05/07 | Entidad: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. EPS | Plan: SUBSIDIADO SOS PLAN POS 2018 (Capitado) |
| Nombre: JOSE FERNANDO GRISALES QUINTERO | | Documento: CC 4526916 | Fecha Nacimiento: 1946/05/23 |
| Sexo: MASCULINO | Edad: 77 AÑOS 11 MESES 14 DÍAS | Ocupación: INDETERMINADO | Obs: **101 MEDICINA** |
| Procedencia: PEREIRA | | Zona: URBANA / Teléfono: 3108423153 | |
| Dirección: CALLE 73 N 36 15 | | Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO | |
| Cotizante: CC 4526916 | | Categoría: A | Estado Civil: INDETERMINADO |
| Codigo del Diagnostico: I10X | | Tipo de Contingencia: ENFERMEDAD GENERAL | |

| *MEDICAMENTOS* | *CANTIDAD* | *Indicaciones* | *JUSTIFICACION* | *SOLO 1ERA FORMULA* |
|---|---|---|---|---|
| PREGABALINA CAPSULA 75 MG | 30 | TOMAR 1 TABLETA/CÁPSULA VIA ORAL CADA NOCHE. | | SI |
| TIAMINA CLORHIDRATO TABLETA 300MG | 30 | TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA DÍA | | SI |
| TAMSULOSINA CLORHIDRATO CAPSULA 0.4MG | 30 | TOMAR 1 CAPSULA CADA DIA | | SI |

**RECOMENDACIONES**

| MEDICO | | PACIENTE | VALOR TOTAL | $ |
|---|---|---|---|---|
| **Firma Digitalizada:** | | | Cuota Moderadora | $ |
| ZAMORA AGUDELO OLGA JANETH | | JOSE FERNANDO GRISALES QUINTERO | Neto A Pagar IPS | $ |
| CC42028058 | Reg: 15541-03 | CC 4526916 | Expendedor | Especialidad MEDICINA GENERAL |

**ESTA FORMULA ES VALIDA POR TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION**

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 3500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional - 018000910383

| Comfamiliar | Copia Paciente | FORMULA POS AMB. PYP 58877691 0102 | Código: |
|---|---|---|---|
| | Comfamiliar Risaralda NIT: 891480000<br>Area de Servicios: MEDICINA | | Versión No: |
| | | | Vigente a partir: |

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ciudad: PEREIRA RDA. | Fecha: 2024/06/07 | Entidad: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. EPS | Plan: SUBSIDIADO SOS PLAN POS 2018 (Capitado) |
| Nombre: JOSE FERNANDO GRISALES QUINTERO | | Documento: CC 4526916 | Fecha Nacimiento: 1946/05/23 |
| Sexo: MASCULINO | Edad: 78 AÑOS 0 MESES 15 DÍAS | Ocupación: INDETERMINADO | Obs: **511 PROGRAMA TALLERES RCV** |
| Procedencia: PEREIRA | | Zona: URBANA / Teléfono: 3108423153 | |
| Dirección: CALLE 73 N 36 15 | | Tipo de Afiliado: BENEFICIARIO | |
| Cotizante: CC 4526916 | | Categoría: A | Estado Civil: INDETERMINADO |
| Codigo del Diagnostico: I10X | | Tipo de Contingencia: ENFERMEDAD GENERAL | |

| *MEDICAMENTOS* | *CANTIDAD* | *Indicaciones* | *JUSTIFICACION* | *SOLO 1ERA FORMULA* |
|---|---|---|---|---|
| PREGABALINA CAPSULA 75 MG | 30 | TOMAR 1 TABLETA/CÁPSULA VIA ORAL CADA NOCHE. | | NO |
| TIAMINA CLORHIDRATO TABLETA 300MG | 30 | TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA DÍA | | NO |
| TAMSULOSINA CLORHIDRATO CAPSULA 0.4MG | 30 | TOMAR 1 CAPSULA CADA DIA | | NO |

**RECOMENDACIONES**

SE DNA RECOMENDAISON Y SIGNOS DELARMA APR A CONSULTAR POR URGENCIAS ,

| MEDICO | | PACIENTE | VALOR TOTAL | $ |
|---|---|---|---|---|
| Firma Digitalizada: | | | Cuota Moderadora | $ |
| BAZA TAFUR HERNAN ALONSO | | JOSE FERNANDO GRISALES QUINTERO | Neto A Pagar IPS | $ |
| NI91497440 | Reg: 50996-08 | CC 4526916 | Expendedor | Especialidad MEDICINA GENERAL |

**ESTA FORMULA ES VALIDA POR TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION**