	DEPARTAMETO DE POLICIA DE CESAR AREA DE SANIDAD CESAR **FORMATO UNICO DE AUTORIZACIONES**			MBRE DEL E DECES CODIGO 62	ICVC/232
FECHA DIA 18 MES 11 AÑO 2019	GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES DEL USUARIO **CELIS GUERRA SANTIAGO**			
TIPO FUNCIONARIO BN	CARNET N. RC 1099427648	EDAD AÑOS	DIRECCION IPS CARRERA 17 A NO16-17		
Nº DE CONTRATO 23-7-20060-2019	UNIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO **IMAGEN RADIOLOGICA Y DIAGNOSTICA S.A S**				
TEL 5891005 3175170295	SERVICIO SOLICITADO **AUTORIZACION DE :** RNM DE CEREBRO BAJO SEDACION				
	ORDEN VALIDA POR 60 DIAS				
VALOR TOTAL	Sujeto de auditoria VALOR EN LETRAS				
MEDICO DE REFERNCIA Hugo Alberto [illegible] Médico Cirujano - [illegible] Unilibre - C.C. 77.0[illegible] Auditor Médico	SELLO AUTORIZADO AREA DE SANIDAD CESAR AUTORIZADO			FIRMA USUARIO 1099860960	

Dra. Maria Julia Torres Nieto
NEUROLOGA PEDIATRA-U.SÃO PAULO-RIBEIRÃO PRETO /BRASIL
PEDIATRA-FIPLCATANDUVA/BRASIL

PACIENTE: SANTIAGO CELIS GUERRA
No. Documento: 1099427648
FECHA: martes, 08 de octubre de 2019
ENTIDAD: PARTICULAR

Rp/ RESONANCIA DE CEREBRO BAJO SEDACION

María Julia Torres Nieto
NEUROLOGA PEDIATRA
C.C. 1.065.569.... R.M. 27...

DIAGNOSTICOS: AUTISMO EN LA NIÑEZ (F840)
TRASTORNO DE ESPÉCTRO AURTISTA(TEA)
NIVEL GRADO 2
COMORBILIDAD
TRASTORNO HIPERCINETICO DE LA CONDUCTA

Calle 12# 8-42 Edf Orbe Plaza. Cons. 312 - Valledupar-Cesar Tel: 5901046/3004859761 Correo admisionesneuropediatria@gmail.com

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIO DE IMAGENES
ESPAB VALLEDUPAR

No Orden
1911007504
Fecha de Impresión
2019/11/07 18:09:45

Paciente : RC 1099427648 SANTIAGO CELIS GUERRA **No. Historia :** 1099427648 PF 00
Tipo de Plan : EPS
Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION **Tipo Vinculación :** BENEFICIARIO **Categoría :**A
Fecha de Evolución : 2019/11/07 **Edad :** 3 A?os **Sexo :** Masculino
Ubicación Sin Asignacisn de Cama **Ámbito :** Ambulatorio

Servicio Solicitado

Catastrofica	Codigo	Prestación	Cantidad	Prioridad
NO	883101	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE CEREBRO	1	NORMAL

	Código	Descripción
Impresión Diagnóstica	F840	AUTISMO EN LA NI?EZ

Datos Clinicos de Importancia PACIENTE EN SEGUIMIENTO CON NEUROLOGIA PEDIATRICA, CON IDX 1, AUTISMO DE LA INFANCIA. 2 TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) GRADO 2. 3,. TRASTORNO HIPERCINETICO DE LA CONDUCTA

Datos Relevantes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas Previas

NO EXISTE

Estudio de: (Parte del Cuerpo) CEREBRO
Estudio de: (Parte del Cuerpo)
Requiere Equipo Portatil NO **Requiere Ecografo Portatil** NO **Requiere Intensificador/Fluoroscopio** NO

ORDENADO

4821995 LOPEZ HERNANDEZ CLARA INES

Firma: CLARA INÉS LÓPEZ H. PEDIATRA Reg. Med. 482/95 C.C. 49.735.481

C:\IPS\Reportes\rptpatol.rpt

POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIO DE IMAGENES
ESPAB VALLEDUPAR

No Orden
1911007504
Fecha de Impresión
2019/11/07 18:09:45

Paciente : RC 1099427648 SANTIAGO CELIS GUERRA **No. Historia :** 1099427648 PF 00
Tipo de Plan : EPS
Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION **Tipo Vinculación :** BENEFICIARIO **Categoría :**A
Fecha de Evolución : 2019/11/07 **Edad :** 3 A?os **Sexo :** Masculino
Ubicación Sin Asignacisn de Cama **Ámbito :** Ambulatorio

Antecedentes SIN DATOS A DESTACAR
Observaciones BAJO ANESTESIA O SEDACION

CLARA INÉS LÓPEZ H.
PEDIATRA
Reg. Med. 482/95
C.C. 49.735.194

ORDENADO
4821995 LOPEZ HERNANDEZ CLARA INES

Firma:

C:\IPS\Reportes\rptpatol.rpt

IMAGEN RADIOLÓGICA DIAGNÓSTICA S.A.S.	FICHA DE DATOS CLINICOS	VERSI N: 04
		VIGEN A: 28/03/

RMM

Tipo de Estudio: Cerebro Fecha: _____

DATOS PERSONALES		
Nombre del paciente: Santiago Celis Guevara		
Nº Identificación:	Edad: 3	Sexo: F M
Teléfono:		Peso:
Correo Electrónico:		

DATOS CLINICOS
Diagnóstico:
pte con retraso en el aprendizaje
Dx autismo en niño
Trastorno ~~Dx~~ hiperactivo de la conducta
Antecedentes Alérgicos:
Embarazo: SI___ NO___ NA___
OBSERVACIONES: PLACAS PRESTADAS SI___ NO___

Diligenciado por: _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1099427648

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55752846

Datos de la oficina de registro – Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código QYD

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Apellidos: CELIS ********** Primer Apellido **********
Apellidos: GUERRA ********** Segundo Apellido **********
Nombre(s): SANTIAGO **********

Fecha de nacimiento: Año 2016 Mes MAY Día 18
Sexo (en letras): Masculino
Grupo sanguíneo: A
Factor RH: Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 12895359-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GUERRA RAMIREZ LAURA VANESSA
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.065.566.124
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CELIS MONCADA MARLON JOHAN
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.609.650
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CELIS MONCADA MARLON JOHAN
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.609.650
Firma: MARLON JOHAN CELIS M.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: **********
Documento de identificación (Clase y número): **********
Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: **********
Documento de identificación (Clase y número): **********
Firma:

Fecha de inscripción

Año 2016 Mes MAY Día 19

Nombre y firma del funcionario que autoriza
MAGNOLIA DIAZ GOMEZ
Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento de Santander
Notaría Única
Bucaramanga

* SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO *

Página 1 de 1	PROCEDIMIENTO: CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS	POLICIA NACIONAL
Código : 2AR-FR-0011		
Fecha: 25/09/2012	CONSTANCIA DE REGISTRO EN EL SUBSISTEMA DE SALUD POLICÍA NACIONAL	
VÁLIDA PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS MÉDICOS Y RECLAMAR MEDICAMENTOS		CITAS CESAR FECHA: 01/11/2019 PAGINA No1

FECHA DE EXPEDICIÓN: **01 NOVIEMBRE 2019** FECHA DE VENCIMIENTO: **31 ENERO 2020 COPIA** No 1

NÚMERO DE CONSTANCIA: TELÉFONO:

MOTIVO	X	FIGURA EN SISTEMA

NÚMERO DE CARNE: TELÉFONO: 350 556 1190 CIUDAD: **VALLEDUPAR**

EL SUSCRITO RESPONSABLE DE AFILIACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS HACE CONSTAR, QUE:

EL SEÑOR (A) **PT. CELIS MONCADA MARLON JOHAN. CC. 1098609650.**

ESTÁ COTIZANDO AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL Y TIENE COMO BENEFICIARIOS A:

HIJO CELIS GUERRA SANTIAGO RC. 1099427648

OBSERVACIONES: Válido como soporte de afiliación al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, el Decreto 2353 en el art. 82. Menciona que si el régimen de excepción no contempla la posibilidad de afiliar cotizantes distintos a los de su propio régimen. "como por ejemplo lo impide el régimen militar y policial", el cónyuge del cotizante del régimen de excepción deberá permanecer obligatoriamente en el régimen contributivo y los beneficiarios (hijos) quedaran cubiertos obligatoriamente por el régimen de excepción (concepto 272311 del 26/02/2014 MINSALUD).

VALIDA HASTA EL 31 ENERO 2020

Agente JUAN MANUEL PADRON HOYER
Responsable de Afiliación y Actualización de Derechos

Agente JUAN MANUEL PADRON HOYER
Elaboro:

IMAGEN RADIOLÓGICA DIAGNÓSTICA S.A.S.

FECHA: 02 DE DICIEMBRE DE 2019.

NOMBRE : SANTIAGO CELIS GUERRA.
IDENTIF : 1099427648.
EDAD : 3 AÑOS.
ESTUDIO : RNM DE CEREBRO BAJO SEDACCION.
ORDENADOR : POLICIA.

Con equipo de 1.5 tesla se exploró el encéfalo con imágenes por Resonancia Magnética en los planos axial, sagital y coronal con secuencias que ponderan los tiempos **T1** y en el plano axial con secuencias **FLAIR**, observando:
Sistema ventricular en línea media, tamaño y configuración normal.
Satisfactoria diferenciación entre sustancia gris y blanca.
Sin alteraciones aparentes de la intensidad de señal del parénquima cerebral y cerebeloso sugerente de lesión vascular de ocupación de espacio o de otra naturaleza.
Fosa posterior y región de los ángulos cerebelosos pontinos libre de lesiones.
Lóbulos temporales de volumen, morfología y señal de intensidad conservada.
Cuerpo calloso en línea media de volumen conservado.
Unión craneocervical de apariencia normal.
Area selar, paraselar y retroocular de apariencia normal.
En técnica de difusión sin imágenes con restricción de la difusibilidad de las moléculas libres de agua que sugiera evento vascular isquémico de origen reciente o de otra naturaleza.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Sin alteraciones aparentes importantes ni específicas de la intensidad de señal del parénquima cerebral y cerebeloso sugerentes de lesiones intracraneales evaluables a través de esta técnica.

Atentamente,

DR. RODRIGO SOCARRAS.
Medico Radiólogo.
RM.10353.
y

IMAGEN RADIOLÓGICA DIAGNÓSTICA S.A.S.	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	PM-RE-PR-014
		VERSIÓN 02	OCTUBRE 2013
		Página 1 de 2	

Fecha: 02 / 12 / 19 Hora: _____

Nombre del paciente: Santiago Celis G. Entidad: D. policia

Nombre del Radiológico que practica el examen: RMN cerebro bajo sedacion
Tipo de procedimiento radiológico con medio de Contraste solicitado: _____

Tipo de Anestesia: Sedación I ( ) Sedación II ( ) Ninguno ( ).
Calidad con que se otorga este Consentimiento: Como paciente ( ); Como responsable del paciente: Padre o madre si es menor; representante legal u otras personas ( ).

CONSENTIMIENTO

El radiólogo / técnico me ha explicado la naturaleza y propósitos del procedimiento especial propuesto, también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos. Se me ha facilitado toda la información, y habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo. De esta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación impuesta en el artículo 15 de la Ley 23 de 1981, y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema del consentimiento informado del Paciente.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente; así mismo se me ha explicado las complicaciones, riesgos, reacciones adversas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Por lo tanto, yo: S. Santiago Celis Guerra
CC: 1099427648 de: _____, autorizo al Dr./Técnico: _____ para que me realice el procedimiento: _____ solicitado por el medico tratante el Dr.: _____

DESISTIMIENTO O REVOCATORIA: Desisto de la realización del estudio:
Si ___ No ___

Firma del Paciente o Responsable
CC: 1098609660 De: Bucaramanga

Firma del Medico/Tecnico-Tecnologo
TP:

HUELLA

IMAGEN RADIOLÓGICA DIAGNOSTICA S.A.S.

Valledupar, Noviembre 22 de 2019.

Señores:
AREA DE SANIDAD CESAR
POLICIA NACIONAL
Ciudad.-

Paciente: **SANTIAGO CELIS GUERRA**
No. ID: **1099427648**

PROPUESTA ECONOMICA DE SEDACION PARA AYUDAS DIAGNOSTICAS

TARIFAS SEDACION

Sedación bajo anestesia para Procedimiento de Resonancia Nuclear Magnética	$250.000
CANTIDAD: 1 RMN DE CEREBRO	

AUTORIZADO AREA DE SANIDAD CESAR

IMAGEN RADIOLÓGICA DIAGNOSTICA S.A.S. NIT: 824.006 480-9

GENNYS OLARTE LOAIZA
C.C. No. 51.760.867
Representante Legal
IMAGEN RADIOLOGICA DIAGNOSTICA S.A.