Salud Centro

FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS, INSUMOS Y/O SUMINISTROS

PROYECTO: Discapacidad. **FECHA:** Diciembre 5 de 2025

DEPENDENCIA: Salud pública y Red de Salud del Centro ESE.

Nombre	Lucy Mosquera Elov
No. De identificación	669 215 76
Numero de contacto 1	313 726 4810
Númeroi de contacto 2	
Dirección de residencia	Av 13 # 20-39
Barrio	Terron Colorado
Comuna	Comuna 1.

DETALLE DE LA ENTREGA:

No.	INSUMO	CANTIDAD	UNIDAD
1	Suplemento	1	Tarro x 800Grs
2	Crema humectante piel	2	1 litro
3	Pañitos húmedos	2	Paquete x 100u
4	Pañales para persona reducida	4	Paquete por 21u Si
5	Toalla	1	Unidad
6	Guantes	2	Caja x 100 pares
7	Empaque del kit	1	Bolsa

DATOS DE QUIEN RECIBE:

Nombre Ana Sabzar M. No. De identificación 3.1 486 871

Rol Hija.

Firma Ana Salazar Mosquera.

Powered by CamScanner

TORIA CLINICA No. CC 66921576 – LUCY MOSQUERA FLOR
c. Nacimiento: 09/07/1956 **Edad actual:** 69 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
mpresa: EMSSANAR SUBSIDIADO VIG 01 JUNIO 2025
Afiliado: NIVEL 1
Barrio: TERRON COLORADO **Teléfono:** 3137764810
Dirección: AVENIDA 7B 20-39 BARRIO TERRON COLORADO
Etnia: Ninguno de los Anteriores
Discapacidad: NO APLICA
Nivel Educativo: BASICA PRIMARIA
Ubicación: Ambulatorio - / URG26,URG17
Ocupación: No Aplica

Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI)
Departamento: VALLE
Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores
Atención Especial: NO APLICA
Grupo Poblacional: ADULTO MAYOR

Responsable: BLANCA SALAZAR **Teléfono:** 3178335076 **Parentesco:** Hijo

- CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
- PROFILAXIS Y REMOCIÓN DE PLACA BACTERIANA
- VACUNACIÓN INFLUENZA, CONTRA-TENAOS DISFERIA (TD)
- VACUNACIÓN COVID

EDUCACIÓN PARA LA SALUD
- EDUCACIÓN INDIVIDUAL
- EDUCACIÓN DIRIGIDA A LA FAMILIA
- EDUCACIÓN GRUPAL

OBSERVACION EVOLUCION ENFERMÉRIA :

FORMULA MEDICA ESTANDAR

Cantidad	Descripción
600.00	QUETIAPINA 100 MG TABLETA RECUBIERTA 100 mg

Dosis: 4,50 TABLETA **Via** ORAL **Frecuencia** 24 Horas **Estado:** NUEVO

Esquema

Observación: TOMAR UNA TABLETA EN LA MAÑANA, MEDIA EN LA TARDE, TRES TABLETAS EN LA NOCHE, VÍA ORAL

120.00 ESCITALOPRAM OXALATO 20 MG COMPRIMIDO 20 mg

Dosis: 1,00 TABLETA **Via** ORAL **Frecuencia** 24 Horas **Estado:** NUEVO

Esquema

Observación: ESCITALOPRAM TABLETA 20MG, DAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA VÍA ORAL
CANTIDAD POR UN MES 30 Y PARA 4 MESES SON 120 TABLETAS

120.00 ESCITALOPRAM OXALATO 10 MG COMPRIMIDO 10 mg

Dosis: 1,00 TABLETA **Via** ORAL **Frecuencia** 24 Horas **Estado:** NUEVO

Esquema

Observación: ESCITALOPRAM TABLETA 10MG, DAR 1 TABLETA CON EL ALMUERZO VÍA ORAL
CANTIDAD POR UN MES 30 Y PARA 4 MESES SON 120 TABLETAS

120.00 MEMANTINA HCL 20 MG TABLETA 20 mg

Dosis: 1,00 TABLETA **Via** ORAL **Frecuencia** 24 Horas **Estado:** NUEVO

Esquema

Observación: MEMANTINA TABLETA 20MG, DAR 1 TABLETA CADA MAÑANA VÍA ORAL
CANTIDAD POR UN MES 30 Y PARA 4 MESES SON 120 TABLETAS

PLAN - TERAPEUTICO

-MEMANTINA TABLETA DE 20 MG, UNA TABLETA VÍA ORAL CADA MAÑANA
-QUETIAPINA TABLETA DE 100 MG, UNA TABLETA EN LA MAÑANA Y EN LA TARDE, TRES TABLETAS EN LA NOCHE, VÍA ORAL
-ESCITADOPRAM TABLETA DE 20 MG, UNA TABLETA VÍA ORAL CADA MAÑANA
-ESCITALOPRAM TABLETA DE 10 MG, UNA TABLETA VÍA ORAL AL ALMUERZO
-CONTROL CON PSIQUIATRIA EN 2 MESES

Powered by CamScanner

66921576
Estado Civil: Soltero(a)
Departamental
Psiquiátrico Universitario
del Valle E.S.E.
Fecha:
G.etareo:
Pag:
AGO DE CALI)

STORIA CLINICA No. CC 66921576 – LUCY MOSQUERA FLOR

ec. Nacimiento: 09/07/1956 **Edad actual:** 69 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Soltero(a)

Empresa: EMSSANAR SUBSIDIADO VIG 01 JUNIO 2025

Afiliado: NIVEL 1 **Municipio:** CALI (SANTIAGO DE CALI)

Barrio: TERRON COLORADO **Teléfono:** 3137764810 **Departamento:** VALLE

Dirección: AVENIDA 7B 20-39 BARRIO TERRON COLORADO **Grupo Etnico:** Ninguno de los anteriores

Etnia: Ninguno de los Anteriores **Atención Especial:** NO APLICA

Discapacidad: NO APLICA **Grupo Poblacional:** ADULTO MAYOR

Nivel Educativo: BASICA PRIMARIA

Ubicación: Ambulatorio - / URG26,URG17

Ocupación: No Aplica

Responsable: BLANCA SALAZAR **Teléfono:** 3178335076 **Parentesco:** Hijo

AFECTO: APÁTICO
PENSAMIENTO: SIN LENGUAJE FUNCIONAL. FORMA: ILÓGICA
SENSOPERCEPCIÓN: NO VALORABLE POR ALTERACIOES EN EL PENSAMIENTO
SENSORIO: ALERTA, DESORIENTADA, DISPROSÉXICA.
JUICIO: COMPROMETIDO

ANÁLISIS Y PLAN

DIAGNÓSTICO

F03X DEMENCIA NO ESPECIFICADA Tipo: PRINCIPAL

ANALISIS

SE TRATA DE UNA PERSONA CONOCIDA EN LA INSTITUCIÓN, QUIEN HA PRESENTADO UNA EVOLUCIÓN CLÍNICA PROGRESIVA EN EL DETERIORO COGNITIVO DE LA PACIENTE, CON ESCALA GDS 7 A. PENDIENTE DE LA RMN CEREBRAL Y LAS PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS. CONSIDERO CONTINUAR MANEJO FARMACOLÓGICO INSTAURADO CON AJUSTE DE LA QUETIAPINA, AUMENTANDO 50 MG EN LA MAÑANA. CONTROL CON PSIQUIATRÍA EN 3 MESES. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR EN URGENCIAS. SE PSICOEDUCA A LA ACUDIENTE, QUIEN REFEIRE ENTENDER Y ACEPTAR. SE SOLICITA EL INGRESO A UN HOGAR DE CUIDADO CRÓNICO POR SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN PACIENTE QUE NO LOGRA SER INDEPENDIENTE, LO CUAL LLEVA A UNA AFECTACIÓN IMPORTANTE EN EL SOSTENIMIENTO ECONÓMICO DEL NÚCLEO FAMILIAR. SE SOLICITA VALORACIÓN POR GERIATRÍA Y MEDICINA FAMILIAR.

CONSULTAS

Cantidad	Descripción	
1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GERIATRIA	**Pendiente**
1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	**Pendiente**
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	**Pendiente**

CONTROL EN 2 MESES

RECOMENDACIONES

VALORACIÓN INTEGRAL
- ATENCIÓN MEDICINA GENERAL O FAMILIAR
- ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

DETECCIÓN TEMPRANA
- TAMIZAJE DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO (CITOLOGIA, TAMIZAJE DE VPH)
- TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA
- TAMIZAJE DE CÁNCER DE COLON
- TAMIZAJE AGUDEZA VISUAL
- TAMIZAJE DE RIESGO CARDIVASCULAR Y METABOLICO: GLICEMIA BASAL, PERFIL LIPIDICO, CREATININA, UROANALISIS
- PRUEBA RÁPIDA TREPONEMICA
- PRUEBA RÁPIDA VIH
- ASESORIA PRE Y POST TEST VIH
- PRUEBA RÁPIDA PARA HEPATITIS B
- PRUEBA RÁPIDA PARA HEPATITIS C

PROTECCIÓN ESPECIFICA

Usuario: MARROYAVE

Powered by CamScanner

HISTORIA CLINICA No. CC 66921576 – LUCY MOSQUERA FLOR
Fec. Nacimiento: 09/07/1956 **Edad actual:** 69 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Soltero
Empresa: EMSSANAR SUBSIDIADO VIG 01 JUNIO 2025
Afiliado: NIVEL 1
Barrio: TERRON COLORADO **Teléfono:** 3137764810 **Municipio:** CALI (SANTIAGO DE CALI)
Dirección: AVENIDA 7B 20-39 BARRIO TERRON COLORADO **Departamento:** VALLE
Etnia: Ninguno de los Anteriores **Grupo Etnico:** Ninguno de los anteriores
Discapacidad: NO APLICA **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo: BASICA PRIMARIA **Grupo Poblacional:** ADULTO MAYOR
Ubicación: Ambulatorio - / URG26,URG17
Ocupación: No Aplica

Responsable: BLANCA SALAZAR **Teléfono:** 3178335076 **Parentesco:** Hijo

SEDE DE ATENCIÓN A HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE **Cod. de habilitación** 760010360901 **Edad** 69 años 4 meses 29 dias
FOLIO 49 **FECHA** 05/12/2025 14:59:41 **TIPO DE ATENCION : AMBULATORIO** Ambulatorio

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

LUCY MOSQUERA FLOR
EDAD: 69 AÑOS (FECHA DE NACIMIENTO 09/07/1956)
ORIGEN/PROCEDENCIA: SANTIAGO DE CALI, VALLE DEL CAUCA, AVENIDA 7 B #20-39 BARRIO TERRÓN COLORADO
ESCOLARIDAD: PRIMARIA INCOMPLETA
OCUPACIÓN: CESANTE
ESTADO CIVIL: SOLTERA, #7 HIJOS (5 VIVOS)
CONVIVE CON: LA HIJA, EL YERNO, #2 NIETOS
ACUDIENTE: LA HIJA, SRA. ANA SALAZAR, CC 31486871, CELULAR 3137764810
–
DIAGNÓSTICOS
-TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR, ETIOLOGÍA VASCULAR?
-HIPERTENSIÓN ARTERIAL
-DISLIPIDEMIA
-GASTRITIS CRÓNICA
–
TRATAMIENTO
-MEMANTINA TABLETA DE 20 MG, UNA TABLETA VÍA ORAL CADA MAÑANA
-QUETIAPINA TABLETA DE 100 MG, MEDIA TABLETA EN LA MAÑANA Y EN LA TARDE, TRES TABLETAS EN LA NOCHE, VÍA ORAL
-ESCITAOPRAM TABLETA DE 20 MG, UNA TABLETA VÍA ORAL CADA MAÑANA
-ESCITALOPRAM TABLETA DE 10 MG, UNA TABLETA VÍA ORAL AL ALMUERZO
OTROS: LOSARTÁN, ROSUVASTATINA, ÁCIDO FÓLICO, TIAMINA, ESOMEPRAZOL

ENFERMEDAD ACTUAL

SE TRATA DE UNA PERSONA CONOCIDA EN LA INSTITUCIÓN, CON DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO ANOTADOS. ES ADHERENTE AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. LA HIJA COMENTA QUE HA HABIDO PROGRESIÓN EN LAS ALTERACIONES COGNITIVAS, SOLO LOGRANDO VERBALIZAR ALGUNAS PALABRAS, CON DESORIENTCIÓN VISUOESPACIAL, INSOMNIO GLOBAL, ES DEPENDIENTE PARA LAS ACTIVIDADES TANTO BÁSICAS COMO INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA.
—
-12/06/2025: ALT 12, AST 20, CT 179.6, CREATININA 0.63, GLUCOSA 98.18, HDL 47.33, LDL 98.9, VLDL 33.4, IA 3.8, TG 166.94*, TSH 2.18, HEMOGRAMA LEUCOCITOS 6100, N 3260, L 2420, HB 11.7, HTO 36.5%, VCM 83, HCM 32.1, PLAQUETAS 394.000

OBJETIVO

EXAMEN FISICO

EXAMEN MENTAL: DESCRIPCIÓN: APARENTA EDAD CRONOLÓGICA, ORGANIZADA EN PRESENTACIÓN E HIGIENE PERSONAL, NO HACE CONTACTO VISUAL Y VERBAL, INDIFERENTE.
PSICOMOTOR: EUQUINÉTICO

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **31.486.871**

SALAZAR MOSQUERA

APELLIDOS

ANA LUDIVIA

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-NOV-1981**

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

21-FEB-2001 YUMBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-3100100-01284366-F-0031486871-20220309 0078444431A 1 8503327788

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 66.921.576
MOSQUERA FLOR

APELLIDOS
LUCY

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUL-1956
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

26-FEB-1993 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3100150-00102384-F-0066921576-20081018 0004599663A 1 2740003034

Powered by CamScanner

FORMATO DE ENTREGA DE ELEMENTOS, INSUMOS Y/O SUMINISTROS

PROYECTO: Discapacidad **FECHA**: Diciembre 5 de 2025

DEPENDENCIA: Salud pública y Red de Salud del Centro ESE.

Nombre	[illegible]
No. De identificación	[illegible]
Número de contacto 1	[illegible]
Número de contacto 2	[illegible]
Dirección de residencia	[illegible]
Barrio	[illegible]
Comuna	[illegible]

DETALLE DE LA ENTREGA:

No.	INSUMO	CANTIDAD	UNIDAD
1	Ungüento	1	Tarro x 800Grs
2	Crema humectante piel	2	1 litro
3	Pañales humanitos	3	Paquete x 100u
4	Pañales para persona reducida	4	Paquete por 21u [illegible]
5	Toalla	1	Unidad
6	Guantes	2	Caja x 100 pares
7	Empaque del kit	1	Bolsa

DATOS DE QUIEN RECIBE:

Nombre [illegible] No. De identificación [illegible]

Rol [illegible]

Firma [illegible]

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 31.292.014

Apellidos
VICTORIA SERRANO

Nombres
AMPARO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.55	F

Fecha de nacimiento
18 AGO 1958

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BUGALAGRANDE (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
29 MAR 1977, CALI

Fecha de expiración
10 OCT 2032

Firma

.00

006117485

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL006117485031001<<<<<<<<<<<
5808186F3210101COL31292014<<<5
VICTORIA<SERRANO<<AMPARO<<<<<<

Powered by CamScanner

REMISIÓN DE PACIENTES

MEDICOS
NITAS SAS
/11/2024, 11:46:17
DEL PRESTADOR
Medico Prados Del Norte EPS Sanitas - NIT. 9010416913
digo: 760011258804
Dirección: Calle 38 Norte # 3C Norte 26 - Teléfono: 3989340
Departamento: 76-VALLE
- Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas
Código: EPS005

NUMERO DE APROBACION: 10915841

DATOS DEL PACIENTE
Nombre: AMPARO VICTORIA SERRANO
Identificación: CC 31292014 - Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 18/08/1958 - Edad: 66 Años
Dirección: CARRERA 32 15A 39 CASA 1 PISO B CRISTOBAL COLON - Teléfono(s): 3117300725 - 3117300725
Correo electrónico: AVEFENIXCOLOMBIA@HOTMAIL.COM
Carné: 10-7663446-1-1 - Historia Clínica: 31292014
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Cobertura en salud: Régimen Otro

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: 31292014 - Identificación: CC 31292014
Dirección: CARRERA 32 15A 39 CASA 1 PISO B CRISTOBAL COLON - Teléfono(s): 3117300725
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

DATOS DE LA REMISIÓN

Servicio remitente:	Consulta Externa		
Servicio al cual se remite el paciente:	Medicina Familiar	**Transporte:**	
Motivo referencia:	Por solicitud del médico tratante	**Prioridad:**	
Modalidad:			

Resumen de historia clínica

Ver página(s) anexa(s)

Justificación / Observaciones

Justificación: null PACIENTE CON DOLOR EN REGION LUMBAR QUE LIMITA A LA DEAMBULACION, CUENTA CON RESONANCIA DEL AÑO 2016 DE COLUMNA LUMBOSACRA DONDE REPORTA CUERPO VERTEBRAL L1 CON ACUÑAMIENTO ANTERIOR, EN ELNIVEL L1-L2 SE IDENTIFICA UNA PEQUEÑA HERNIA TIPO PROTRUSION PARACENTRAL, L4-L5 SEVERA HIPERTROFIA FACETARIA, L5-S1 HIPERTROFIA FACETARIA SEVERA, SE DECIDE SOLICITAR VALORACION POR MEDICINA FAMILIAR, PARA DEFINIR VALORACION POR FISIATRIA O CLINICA DEL DOLOR.

Observaciones:

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

tel: 3989340

ORDEN MÉDICA NO REQUIERE AUTORIZACIÓN

Por favor comunicarse con CENTRO MEDICO CR 43 EPS SANITAS
KR 43 A 5C 104, 018000940304, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Dra Luz Marina Maya O.
Especialista Medicina Familiar
Universidad Javeriana Cali
RM. 76315408

Luz Marina Maya Orozco - Medicina Familiar
CC 29679711 - Registro médico 29679711

- Impreso: 07/11/2024, 12:13:32 Impresión realizada por: lmmaya

Firmado Electrónicamente

Powered by CamScanner

REMISIÓN DE PACIENTES
DE APROBACION: 10915841

...OS MEDICOS
...ANITAS SAS

INTERCONSULTA

NUMERO DE APROBACION: 10302530

Fecha: 08/10/2024, 15:37:11
DATOS DEL PRESTADOR
Centro Medico Cra 43 EPS Sanitas - NIT. 9010416913
Código: 760011258805
Dirección: Carrera 43A # 5C - 104 - Teléfono: 3980340
Departamento: 76-VALLE
- Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Entidad a la que solicita (Pagador): E.P.S Sanitas
Código: EPS005

DATOS DEL PACIENTE
Nombre: AMPARO VICTORIA SERRANO
Identificación: CC 31292014 - Sexo: Femenino
Fecha de nacimiento: 18/08/1958 - Edad: 66 Años
Dirección: CARRERA 32 15A 39 CASA 1 PISO B CRISTOBAL COLON - Teléfono(s): 3117300725 - 3117300725
Correo electrónico: AVEFENIXCOLOMBIA@HOTMAIL.COM
Carné: 10-7663446-1-1 - Historia Clínica: 31292014
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)
Cobertura en salud: Régimen Otro

DATOS DEL RESPONSABLE
Nombre: 31292014 - Identificación: CC 31292014
Dirección: CARRERA 32 15A 39 CASA 1 PISO B CRISTOBAL COLON - Teléfono(s): 3117300725
Departamento: 76-VALLE - Municipio: 001-CALI (SANTIAGO DE CALI)

DATOS DE LA INTERCONSULTA

Servicio referente: Consulta Externa
Interconsulta a: Medicina Familiar
Motivo referencia: Por solicitud del médico tratante
Prioridad: No prioritario
AMBULATORIA

Resumen de historia clínica

Ver página(s) anexa(s)

Justificación / Observaciones

Justificación: Continuidad de tratamiento por otra especialidad (EPS)
PACIENTE CON DOLOR EN REGION LUMBAR QUE LIMITA A LA DEAMBULACION, CUENTA CON RESONANCIA DEL AÑO 2016 DE COLUMNA LUMBOSACRA DONDE REPORTA CUERPO VERTEBRAL L1 CON ACUÑAMIENTO ANTERIOR, EN ELNIVEL L1-L2 SE IDENTIFICA UNA PEQUEÑA HERNIA TIPO PROTRUSION PARACENTRAL, L4-L5 SEVERA HIPERTROFIA FACETARIA, L5-S1 HIPERTROFIA FACETARIA SEVERA. SE DECIDE SOLICITAR VALORACION POR MEDICINA FAMILIAR, PARA DEFINIR VALORACION POR FISIATRIA O CLINICA DEL DOLOR.

Observaciones:

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

ORDEN MÉDICA NO REQUIERE AUTORIZACIÓN

Por favor comunicarse con CENTRO MEDICO CR 43 EPS SANITAS
KR 43 A 5C 104, 018000940304, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

María Alejandra Rodriguez - Medicina General
CC 1107078966 - Registro médico 1107078966

Original

Firmado Electrónicamente

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CENTROS MEDICOS COLSANITAS SAS

Centro Medico Prados Del Norte EPS Sanitas - NIT. 9010416913
Dirección: Calle 38 Norte # 3C Norte 26 - Teléfono: 3989340

Nombre: AMPARO VICTORIA SERRANO
Identificación: CC 31292014 - Sexo: Femenino - Edad: 66 Años

REMISIÓN DE PACIENTES
NUMERO DE APROBACION: 10915841

CALI (SANTIAGO DE CALI)
07/11/2024, 11:46:17
Carné: 10-7663446-1-1 - Historia Clínica: 31292014
Historia Clínica: 31292014
Tipo de Usuario: Otro

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

MOTIVO DE CONSULTA. ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, AMPARO VICTORIA SERRANO.
Motivo de consulta: MEDICINA FAMILIAR .
Enfermedad Actual: EDAD: 66 AÑOS
ASISTE SOLA
AMA DE CASA

PACIENTE ADULTO MAYOR
REMITIDA POR DOLOR LUMBAR CRONICO, ASOCIADO A CALAMBRES EN LAS PIERNAS, EL DOLOR EMPEORA EN REPOSO Y EN ACTIVIDAD.
EL DOLOR 10/10 ALA DEMABULACION. COMENTA EN 2016 POR DOLOR YA QUE LLEVA MAS DE 10 AÑOS CON ESTE DOLOR. EN DIME TOMAN RESONANCIA:

-9/7/2016: RM COLUMNA LUMBOSACRA : 2016 DE COLUMNA LUMBOSACRA DONDE REPORTA CUERPO VERTEBRAL L1 CON ACUÑAMIENTO ANTERIOR, EN ELNIVEL L1-L2 SE IDENTIFICA UNA PEQUEÑA HERNIA TIPO PROTRUSION PARACENTRAL, L4-L5 SEVERA HIPERTROFIA FACETARIA, L5-S1 HIPERTROFIA FACETARIA SEVERA,

ASISTIO CON TERAPIAS , ANALGESICOS PERSISTE DOLOR .

A. PERSONALES:

PATOLOGICOS:

1-HTA
2-DM II NO IR
3-HIPOTIRODISIMO
4-HIPERLIPIDEMIA
5- ARTROSIS
6-TX DEPRESIVO
7.CATARATA OD/ RETINOPATIA OD
8.EVETRORRAFIA /OBSTRUCCION INTESTINAL, MALLA ABDOMINAL 2005
9.LUMBAGO CRONICO.

TTO MEDICO :

1. Fluoxetina 20mg Tableta con o sin Recubrimiento o Capsula: Tomar (vía Oral) 1 Tableta o Cápsula cada 1 día(s)
2. Acetaminofen 500 mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 2 tableta cada 1 día(s)
3. Nifedipina 30mg Tableta de Liberacion Sostenida (Osmotica) (24horas): Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s)
4. Acido Acetilsalicilico 100mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 1 día(s)
5. Losartan 50 mg Tableta con o sin Recubrimiento (GMD 30): Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s)
6. Rosuvastatina 10 mg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s)
7. Empagliflozina+Metformina 12.5mg/1000mg Tableta con o sin Recubrimiento (CMD 10): Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s)
8. Levotiroxina 75mcg Tableta con o sin Recubrimiento: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 1 día(s)

ORDEN MÉDICA NO REQUIERE AUTORIZACIÓN

Por favor comunicarse con CENTRO MEDICO CR 43 EPS SANITAS
KR 43 A 5C 104, 018000940304, CALI (SANTIAGO DE CALI) - VALLE

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Luz Marina Maya Orozco - Medicina Familiar
CC 29679711 - Registro médico 29679711

- Impreso: 07/11/2024, 12:13:32 Impresión realizada por: lmmaya

Firmado Electrónicamente

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
AMPARO		VICTORIA	SERRANO

1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia
VALLE DEL CAUCA	CALI

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia

Número de documento de identidad: 31292014

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación
RED DE SALUD DE LADERA

2.2 Fecha de la Certificación

Año	Mes	Día
2025	9	4

2.3 Tipo de Entidad Valoradora
NI

2.4 Nro. ID Entidad Valoradora
805027289

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI	X	NO	
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO	
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI	X	NO	

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	0.00
Movilidad	40.00
Cuidado Personal	25.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	56.25
Participación	53.13

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b122.2 b210.2 b798.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s110.178 s2203.278 s7501.273

3. Codigos Actividades y Participación

d4501.2 d570.3 d910.2

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
...RIA DE LOS ANGELES GONZALEZ ...JRADO	Terapia ocupacional	CC-1007815203
ANA MILENA VENTE VELEZ	Medicina	CC-31387610
EDWIN FABIAN BASTIDAS GONZALEZ	Fonoaudiología	CC-94551168

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.

Powered by CamScanner