Impreso: 2020-06-30

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ATLANTICO**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 1251

Adscrito:	801151 - UMPRE LTDA
Dirección:	CRA 59 NO 70-120
Teléfono(s):	3602870-3603672- - 3692065-
Especialidad:	Centros especializados - Centros especializados

HC: 1001873233

Favor atender por nuestra cuenta a MAFFLA MERCADO GABRIEL ANDRES identificado con el carne 9068144-E Hijo de MAFFLA GABRIEL ANTONIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Consulta Externa Especializada	1	0	0

OBSERVACIONES

CONSULTA POR FISIATRIA

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

SENA REGIONAL ATLÁNTICO Dr. Orlando Coronel R. R.M. #2939

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 22532266

creada por: soliveros

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.001.873.233**

MAFFLA MERCADO

APELLIDOS

GABRIEL ANDRES

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-OCT-2000**

SOLEDAD
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

03-ENE-2019 SOLEDAD

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-0305250-01054535-M-1001873233-20190111 **0064**074176A 1 1585288842



9068144 - E

GABRIEL ANDRES

MAFLA MERCADO

TI 1001873233

Fecha de nacimiento 27/10/2000

SENA Regional Atlántico
SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

GABRIEL ANTONIO MAFLA

SENA **SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL**
Regional Atlántico
Vence 31/01/2021

Este carnet es de uso estrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestacion del servicio

Su utilizacion indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas

SENA

UMPRE

UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA
UMPRE LTDA
NIT: 800.098.895-8

CIUDAD Y FECHA: Barranquilla, julio 29/20

NOMBRE: GABRIEL ANDRES MAFLA MERCADO **EDAD:** 19 AÑOS **IDENTIFICACIÓN:** 1001873233 **ENTIDAD:** SENA

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL : Remitido por neurología con diagnostico de autismo. Refiere la madre que presenta rigidez de flexion en manos de seis meses de evolucion. En colegio especial en el grado 11. tiene RNM que no trajo.

ANTECEDENTES: en uso de risperidona, revotril, amantadina. Retardo psicomotor.

EXAMEN FÍSICO:

peso 65klsmts y talla 1,70mts

cognitivo adecuado durante la consulta. Actos motores repetitivos caracteristicos. Posicion de manos en flexion sin espasticidad que reduce pasivamente. Demas sin limitaciones.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICO: distonia?

CONDUCTA: se beneficia con la aplicación de toxina botulina. Se prescribe dolex dura+ por dolor. Cita abierta. Se da telefono de fisiatra que aplia la toxina.

BETTY MOLINA ACOSTA

MD FISIATRA

Impreso: 2020-08-13

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ATLANTICO**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2131

0016804

Adscrito:	801151 - UMPRE LTDA
Dirección:	CRA 59 NO 70-120
Teléfono(s):	3602870-3603672- - 3692065-
Especialidad:	Centros especializados - Centros especializados

0016804

HC: 22396790

Favor atender por nuestra cuenta a SALGADO DE HERNANDEZ MIRIAM identificado con el carne 72226083-D Madre-Padre de ATILIO MANUEL HERNANDEZ SALGADO Funcionario del SENA.

D E S C R I P C I Ó N

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes Especiales Sin Hospitalizacion	1	0	0

O B S E R V A C I O N E S

ELECTROMIOGRAFIA Y CONDUCCION NERVIOSA DE MIEMBROS INFERIORES.

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

SENA REGIONAL ATLÁNTICO

Médico/Odontólogo Asesor

Miriam Salgado

Recibido a Satisfacción C.C. 22396790

creada por: soliveros

X



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 22.396.790
SALGADO De HERNANDEZ
APELLIDOS
MIRIAM
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-1950
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

14-JUL-1972 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0300150-00135633-F-0022396790-20081210 0007856302A 2 3380000930



REGIONAL BOLIVAR 72226083 D

MIRIAM

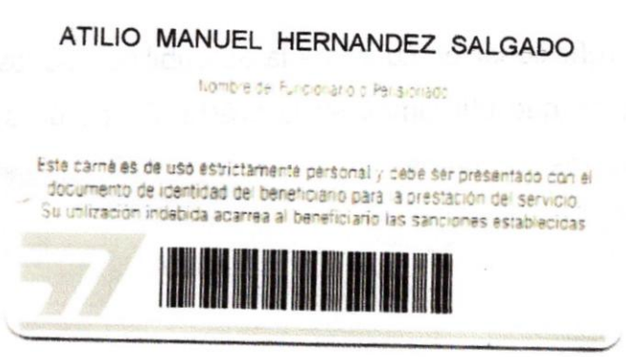
SALGADO de HERNANDEZ

C.C 22396790

6/10/1950
Fecha de Nacimiento

CARNET MEDICO
ASISTENCIAL

Ministerio de la Protección Social
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE



ATILIO MANUEL HERNANDEZ SALGADO

Nombre de Funcionario o Pensionado

Este carnè es de uso èstrictamente personal y debe ser presentado con el documento de identidad del beneficiario para la prestación del servicio. Su utilizacion indebida acarrea al beneficiario las sanciones establecidas

20-Aug-20 3:58:20 PM

UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA LTDA.

UMPRE

Carrera 59 No. 70-120 Tel: 360 2870 - 360 3672

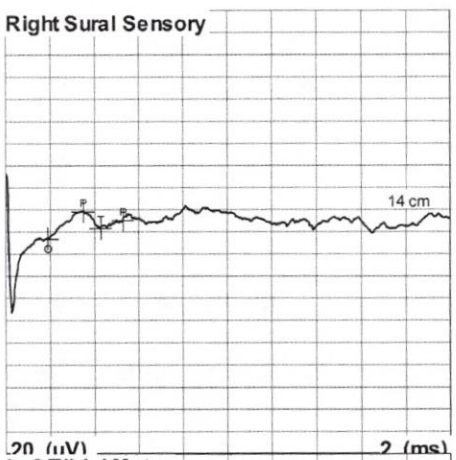
Barranquilla

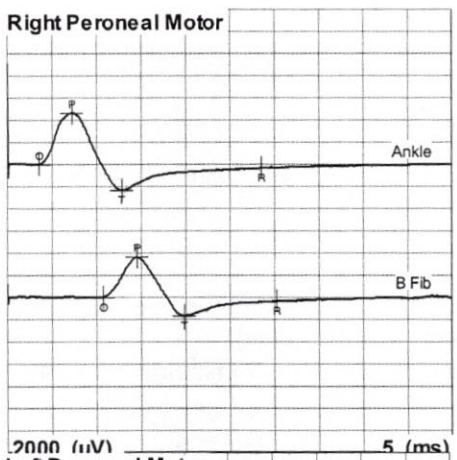
Paciente: SALGADO DE HERNANDEZ, MIRIAM **F. Nac.:** 10-Jun-50 **Edad:** 70 year
ID#: 22396790 **Sexo:** Female **Médico Rtte.:** MD GENERAL
Entidad: SENA

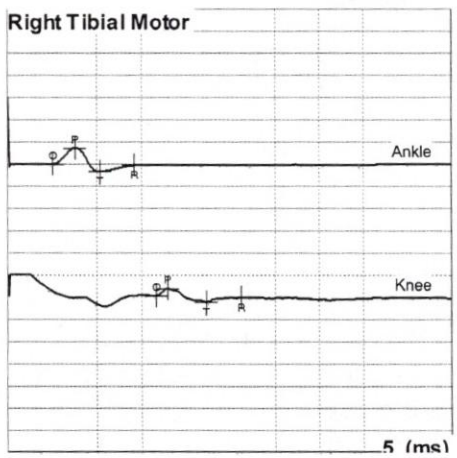
Historia del paciente:

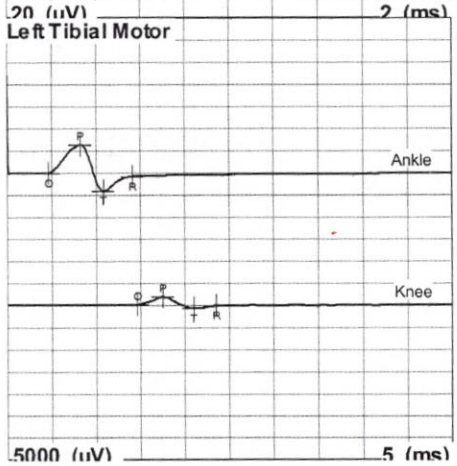
Dolor y sensación de corrientazos en miembros inferiores, de seis meses de evolución. Diabetes de un mes de diagnóstico.

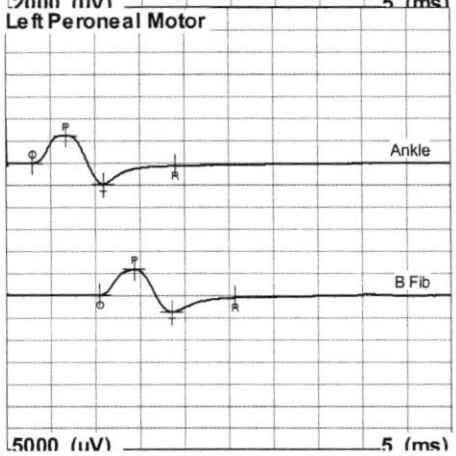
ONDAS











Motor Nerves

Site	NR	Onset (ms)	Norm Onset (ms)	O-P Amp (mV)	Norm Amp (mV)	Neg Dur (ms)	Segment Name	Delta-O (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
Right Peroneal (EDB)											
Ankle		3.59	<5.5	4.65	>2.5	7.03	B Fib-Ankle	7.11	25	35.16	>40.0
B Fib		10.70		3.66		7.27					
Right Tibial (AHB)											
Ankle		5.08	<6.0	3.67	>3.0	4.22	Knee-Ankle	11.56	30	25.95	>41.0
Knee		16.64		0.32		3.20					
Left Tibial (AHB)											
Ankle		4.61	<6.0	6.45	>3.0	5.31	Knee-Ankle	10.00	30	30.00	>41.0
Knee		14.61		1.69		5.31					
Left Peroneal (EDB)											
Ankle		2.97	<5.5	6.21	>2.5	6.25	B Fib-Ankle	7.50	25	40.00	>40.0
B Fib		10.47		5.78		6.33					

Sensory Nerves

Site	NR	Peak (ms)	Norm Peak (ms)	P-T Amp (µV)	Norm Amp (µV)	Segment Name	Delta-P (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
Right Sural (Lat Mall)										
14 cm		3.50	<4.0	15.29	>75.0	14 cm-Lat Mall	3.50			

Hallazgos:

La velocidad de los nervios estudiados esta levemente disminuida. Los demás parámetros de los nervios estudiados están dentro de los límites de la normalidad.

Al estudio con electrodos de aguja monopolar a los músculos vasto medial, tibial anterior, peroneros, abductor corto del hallux bilateral. bilateral. no se encontraron datos de inestabilidad de membrana. Los potenciales de unidad motora de los músculos estudiados son de características normales.

Conclusiones:

ESTUDIO COMPATIBLE CON POLINEUROPARIA LEVE DE LOS MIEMBROS INFERIORES, TIPO MIELINICA, PROBABLEMENTE RELACIONADA CON SU PATOLOGIA DE BASE.

NEGATIVO PARA RADICULOPATIA, A LA FECHA.



BETTY MOLINA ACOSTA
M.D FISIATRA

Impreso: 2020-08-19

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ATLANTICO**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2305

Adscrito:	801151 - UMPRE LTDA
Dirección:	CRA 59 NO 70-120
Teléfono(s):	3602870-3603672- - 3692065-
Especialidad:	Centros especializados - Centros especializados

HC: 23008152

Favor atender por nuestra cuenta a GUTIERREZ DE PEREZ ROSALBA identificado con el carne 8531901-A Madre-Padre de ORLANDO PEREZ GUTIERREZ Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes Especiales Sin Hospitalizacion	1	0	0

OBSERVACIONES

PRUEBA RAPIDA COVID 19-

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 8531901

creada por: soliveros

Escaneado con CamScanner

FECHA: 19.08.20

NOMBRE Y APELLIDOS : Da Salba Gutierrez de Perez.

TIPO DE DOCUMENTO: CC DOCUMENTO IDENTIDAD.: 23.008.152

FECHA NACIMIENTO: 06/03/40 EDAD: 79 SEXO: F X M..... NACIONALIDAD: Colombiana

DIRECCION DE RESIDENCIA: Calle 31 #73.73 DEPARTAMENTO:.....

MUNICIPIO:..... BARRIO: Tunuel

ZONA DE RESIDENCIA: URBANA..... RURAL..... TEL. DE CONTACTO 1: 310 364 96 44 TEL. DE CONTACTO

OCUPACIÓN: Ama de casa EPS: Sanitas

SINTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?	SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?
Fiebre			Dolor en el pecho		
Tos			Dolor en los musculos		
Dificultad respiratoria			Diarrea		
Congestión nasal			Dolor abdominal		
Dolor de garganta			Dolor de cabeza		
Escalofríos			Malestar general		
Nauseas			Otro		
Vomito			¿Cual?		

PREGUNTAS	SI	NO	PREGUNTAS	SI	NO
Estuve en contacto con alguien que tuvo algunos de esos sintomas de la tabla anterior.		✓	Estuve en contacto con alguien con diagnóstico de COVID-19		✓
hice un viaje internacional en los últimos 30 días		✓	Hice un viaje nacional en lo últimos 30 dias		✓

Fui informado del sus objetivos, riesgos y beneficios. He entendido la información que he recibido sobre la aplicación de la prueba rápida de Anticuerpo IgM/ IgG COVID-19. He tenido oportunidad de preguntar para aclarar dudas. AUTORIZO al equipo de salud de UMPRE LTDA. para realizar el procedimiento y notificar mi empleador, secretaria de salud y según demás actores definidos según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

FIRMA DEL PACIENTE. .....

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD. .....

RESULTADO DE LA PRUEBA. Negativo

Carrera 59 N 70- 120
Barranquilla – Atlántico Correo: umpreltda@gmail.com
Celular: 3206942649-
Teléfono fijo: 3602870 3048819
WhasApp: 3215396780

Impreso: 2020-08-12

Servicio Médico Asistencial - SENA — **Regional: ATLANTICO**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2111

Adscrito:	801151 - UMPRE LTDA
Dirección:	CRA 59 NO 70-120
Teléfono(s):	3602870-3603672- - 3692065-
Especialidad:	Centros especializados - Centros especializados

HC: 32650778

Favor atender por nuestra cuenta a ANGARITA ROSALES ANA DEL CARMEN identificado con el carne 5475543-D Conyuge de PRADA SANCHEZ ROQUE JULIO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes Especiales Sin Hospitalizacion	1	0	0

OBSERVACIONES

PRUEBA RAPIDA COVID 19-

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

REGIONAL ATLÁNTICO
Dr. Orlando Coronel R.
Méd. # 2339

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C.

creada por: soliveros

PRE

FECHA: 13.08.20.

NOMBRE Y APELLIDOS : Ana augarita. Rosales.

TIPO DE DOCUMENTO: CC DOCUMENTO IDENTIDAD.: 32.650.778.

FECHA NACIMIENTO: 18/01/57. EDAD: 62 SEXO: F. X M. NACIONALIDAD: Colombiana.

DIRECCION DE RESIDENCIA: Cra 56 # 94-124 APA 404A. DEPARTAMENTO:

MUNICIPIO: BARRIO: Altos de Rio mar.

ZONA DE RESIDENCIA: URBANA.... RURAL..... TEL. DE CONTACTO 1: 3166354414 TEL. DE CONTACTO

OCUPACIÓN: ABoguda. EPS: Sena

SINTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?	SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?
Fiebre			Dolor en el pecho		
Tos			Dolor en los musculos		
Dificultad respiratoria			Diarrea		
Congestión nasal			Dolor abdominal		
Dolor de garganta			Dolor de cabeza		
Escalofríos			Malestar general		
Nauseas			Otro		
Vomito			¿Cual?		

PREGUNTAS	SI	NO	PREGUNTAS	SI	NO
Estuve en contacto con alguien que tuvo algunos de esos sintomas de la tabla anterior.		✓	Estuve en contacto con alguien con diagnóstico de COVID-19		✓
hice un viaje internacional en los últimos 30 días		✓	Hice un viaje nacional en lo últimos 30 dias		✓

Fui informado del sus objetivos, riesgos y beneficios. He entendido la información que he recibido sobre la aplicación de la prueba rápida de Anticuerpo IgM/ IgG COVID-19. He tenido oportunidad de preguntar para aclarar dudas. AUTORIZO al equipo de salud de UMPRE LTDA. para realizar el procedimiento y notificar mi empleador, secretaria de salud y según demás actores definidos según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

FIRMA DEL PACIENTE. 

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD. Brayan S B.

RESULTADO DE LA PRUEBA. Negativa.

Carrera 59 N 70- 120
Barranquilla – Atlántico Correo: umpreltda@gmail.com
Celular: 3206942649-
Teléfono fijo: 3602870 3048819
WhasApp: 3215396780

FECHA: 11.08.20.

NOMBRE Y APELLIDOS : Antonio Diaz Martinez

TIPO DE DOCUMENTO: C.C. DOCUMENTO IDENTIDAD.: 19296597

FECHA NACIMIENTO: 16/OCT/1954. EDAD: 65 SEXO: F..... M..X.. NACIONALIDAD: Colombiano.

DIRECCION DE RESIDENCIA: Cra 72. # 91 esquina. DEPARTAMENTO:.....

MUNICIPIO:..... BARRIO: Villa carolina

ZONA DE RESIDENCIA: URBANA..... RURAL..... TEL. DE CONTACTO 1: 3167088651 TEL. DE CONTACTO

OCUPACIÓN: Pensionado. EPS: Sena.

SINTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?	SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?
Fiebre			Dolor en el pecho		
Tos			Dolor en los musculos		
Dificultad respiratoria			Diarrea		
Congestión nasal			Dolor abdominal		
Dolor de garganta			Dolor de cabeza		
Escalofríos			Malestar general		
Nauseas			Otro		
Vomito			¿Cual?		

PREGUNTAS	SI	NO	PREGUNTAS	SI	NO
Estuve en contacto con alguien que tuvo algunos de esos sintomas de la tabla anterior.		X	Estuve en contacto con alguien con diagnóstico de COVID-19		X
hice un viaje internacional en los últimos 30 días		X	Hice un viaje nacional en lo últimos 30 dias		X

Fui informado del sus objetivos, riesgos y beneficios. He entendido la información que he recibido sobre la aplicación de la prueba rápida de Anticuerpo IgM/ IgG COVID-19. He tenido oportunidad de preguntar para aclarar dudas. AUTORIZO al equipo de salud de UMPRE LTDA. para realizar el procedimiento y notificar mi empleador, secretaria de salud y según demás actores definidos según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

FIRMA DEL PACIENTE. .....

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD. .....

RESULTADO DE LA PRUEBA. Negativo

Carrera 59 N 70- 120
Barranquilla – Atlántico Correo: umpreltda@gmail.com
Celular: 3206942649-
Teléfono fijo: 3602870 3048819
WhasApp: 3215396780

FECHA: 06.08.20

NOMBRE Y APELLIDOS : Rafael Polo Barrios

TIPO DE DOCUMENTO: TI DOCUMENTO IDENTIDAD.: 1002033290

FECHA NACIMIENTO: 23.01.2003 EDAD: 17 SEXO: F..... M.X NACIONALIDAD: Colombiano

DIRECCION DE RESIDENCIA: Cra 5C # 56-111 DEPARTAMENTO:.....

MUNICIPIO:..... BARRIO: V. Valentina

ZONA DE RESIDENCIA: URBANA..... RURAL..... TEL. DE CONTACTO 1: 3172184061 TEL. DE CONTACTO

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Sanitas

SINTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?	SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?
Fiebre			Dolor en el pecho		
Tos			Dolor en los musculos		
Dificultad respiratoria			Diarrea		
Congestión nasal			Dolor abdominal		
Dolor de garganta			Dolor de cabeza		
Escalofríos			Malestar general		
Nauseas			Otro		
Vomito			¿Cual?		

PREGUNTAS	SI	NO	PREGUNTAS	SI	NO
Estuve en contacto con alguien que tuvo algunos de esos sintomas de la tabla anterior.		✓	Estuve en contacto con alguien con diagnóstico de COVID-19		✓
hice un viaje internacional en los últimos 30 días		✓	Hice un viaje nacional en lo últimos 30 dias		✓

Fui informado del sus objetivos, riesgos y beneficios. He entendido la información que he recibido sobre la aplicación de la prueba rápida de Anticuerpo IgM/ IgG COVID-19. He tenido oportunidad de preguntar para aclarar dudas. AUTORIZO al equipo de salud de UMPRE LTDA. para realizar el procedimiento y notificar mi empleador, secretaria de salud y según demás actores definidos según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

FIRMA DEL PACIENTE. María M. Barrios Barrios

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD. .....

RESULTADO DE LA PRUEBA. Negativo

Carrera 59 N 70- 120
Barranquilla – Atlántico Correo: umpreltda@gmail.com
Celular: 3206942649-
Teléfono fijo: 3602870 3048819
WhasApp: 3215396780

FECHA: 06.08.20.

NOMBRE Y APELLIDOS : Lilia Rodriguez Poso.

TIPO DE DOCUMENTO: CC. DOCUMENTO IDENTIDAD.: 32.707397.

FECHA NACIMIENTO: 02/06/66. EDAD: 54 SEXO: F X M NACIONALIDAD: Colombiana.

DIRECCION DE RESIDENCIA: Calle 68 # 26-38. DEPARTAMENTO:

MUNICIPIO: BARRIO: S. Felipe.

ZONA DE RESIDENCIA: URBANA RURAL TEL. DE CONTACTO 1: 301612 3572. TEL. DE CONTACTO

OCUPACIÓN: Ama de casa EPS: Sanitas

SINTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?	SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?
Fiebre			Dolor en el pecho		
Tos			Dolor en los musculos		
Dificultad respiratoria			Diarrea		
Congestión nasal			Dolor abdominal		
Dolor de garganta			Dolor de cabeza		
Escalofrios			Malestar general		
Nauseas			Otro		
Vomito			¿Cual?		

PREGUNTAS	SI	NO	PREGUNTAS	SI	NO
Estuve en contacto con alguien que tuvo algunos de esos sintomas de la tabla anterior.		X	Estuve en contacto con alguien con diagnóstico de COVID-19		X
hice un viaje internacional en los últimos 30 días		X	Hice un viaje nacional en lo últimos 30 dias		X

Fui informado del sus objetivos, riesgos y beneficios. He entendido la información que he recibido sobre la aplicación de la prueba rápida de Anticuerpo IgM/ IgG COVID-19. He tenido oportunidad de preguntar para aclarar dudas. AUTORIZO al equipo de salud de UMPRE LTDA. para realizar el procedimiento y notificar mi empleador, secretaria de salud y según demás actores definidos según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

FIRMA DEL PACIENTE. Lilia Rodriguez

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD. Diego B

RESULTADO DE LA PRUEBA. Negativo.

Carrera 59 N 70- 120
Barranquilla – Atlántico Correo: umpreltda@gmail.com
Celular: 3206942649-
Teléfono fijo: 3602870 3048819
WhasApp: 3215396780

FECHA: 06. 08. 20.

NOMBRE Y APELLIDOS : Ezequiel. polo ramos

TIPO DE DOCUMENTO: TI DOCUMENTO IDENTIDAD.: 1044615536

FECHA NACIMIENTO: 24/Eu/2006. EDAD: 14 SEXO: F..... M.. NACIONALIDAD: Colombiano.

DIRECCION DE RESIDENCIA: Calle 68 # 26.38 . DEPARTAMENTO:.....

MUNICIPIO:..... BARRIO: S. felipe.

ZONA DE RESIDENCIA: URBANA.... RURAL..... TEL. DE CONTACTO 1: 3016123577 TEL. DE CONTACTO

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Sanitas

SINTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?	SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?
Fiebre			Dolor en el pecho		
Tos			Dolor en los musculos		
Dificultad respiratoria			Diarrea		
Congestión nasal			Dolor abdominal		
Dolor de garganta			Dolor de cabeza		
Escalofríos			Malestar general		
Nauseas			Otro		
Vomito			¿Cual?		

PREGUNTAS	SI	NO	PREGUNTAS	SI	NO
Estuve en contacto con alguien que tuvo algunos de esos sintomas de la tabla anterior.		✓	Estuve en contacto con alguien con diagnóstico de COVID-19		—
hice un viaje internacional en los últimos 30 días			Hice un viaje nacional en lo últimos 30 dias		—

Fui informado del sus objetivos, riesgos y beneficios. He entendido la información que he recibido sobre la aplicación de la prueba rápida de Anticuerpo IgM/ IgG COVID-19. He tenido oportunidad de preguntar para aclarar dudas. AUTORIZO al equipo de salud de UMPRE LTDA. para realizar el procedimiento y notificar mi empleador, secretaria de salud y según demás actores definidos según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

FIRMA DEL PACIENTE. Silia Rodríguez

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD.

RESULTADO DE LA PRUEBA. Negativo

Carrera 59 N 70- 120
Barranquilla – Atlántico Correo: umpreltda@gmail.com
Celular: 3206942649-
Teléfono fijo: 3602870 3048819
WhasApp: 3215396780

FECHA: 05.08.20

NOMBRE Y APELLIDOS : Nataly Rosa Montoya.

TIPO DE DOCUMENTO: TI DOCUMENTO IDENTIDAD.: 1042254491

FECHA NACIMIENTO: 04/Nov/2007 EDAD: 12 SEXO: F X M NACIONALIDAD: Colombiana

DIRECCION DE RESIDENCIA: Calle 61 # 23-97 DEPARTAMENTO:

MUNICIPIO: BARRIO: Los andes

ZONA DE RESIDENCIA: URBANA..... RURAL..... TEL. DE CONTACTO 1: 3006036849 TEL. DE CONTACTO

OCUPACIÓN: Estudiante EPS: Sura

SINTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?	SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?
Fiebre			Dolor en el pecho		
Tos			Dolor en los musculos		
Dificultad respiratoria			Diarrea		
Congestión nasal			Dolor abdominal		
Dolor de garganta			Dolor de cabeza		
Escalofríos			Malestar general		
Nauseas			Otro		
Vomito			¿Cual?		

PREGUNTAS	SI	NO	PREGUNTAS	SI	NO
Estuve en contacto con alguien que tuvo algunos de esos sintomas de la tabla anterior.	✓		Estuve en contacto con alguien con diagnóstico de COVID-19	✓	
hice un viaje internacional en los últimos 30 días		✓	Hice un viaje nacional en lo últimos 30 dias		✓

Fui informado del sus objetivos, riesgos y beneficios. He entendido la información que he recibido sobre la aplicación de la prueba rápida de Anticuerpo IgM/ IgG COVID-19. He tenido oportunidad de preguntar para aclarar dudas. AUTORIZO al equipo de salud de UMPRE LTDA. para realizar el procedimiento y notificar mi empleador, secretaria de salud y según demás actores definidos según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

FIRMA DEL PACIENTE. .....

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD. Bmy S.

RESULTADO DE LA PRUEBA. Negativo

Carrera 59 N 70- 120
Barranquilla – Atlántico Correo: umpreltda@gmail.com
Celular: 3206942649-
Teléfono fijo: 3602870 3048819
WhasApp: 3215396780

FECHA: 05.08.20.

NOMBRE Y APELLIDOS : Nancy Hoyos Hoyos.

TIPO DE DOCUMENTO: cc. DOCUMENTO IDENTIDAD.: 22.551.754.

FECHA NACIMIENTO: 10 Nov/79. EDAD: 39 SEXO: F X M..... NACIONALIDAD: Colombiana

DIRECCION DE RESIDENCIA: Calle 61 # 23-97. DEPARTAMENTO:.....

MUNICIPIO:..... BARRIO: Los andes.

ZONA DE RESIDENCIA: URBANA..... RURAL..... TEL. DE CONTACTO 1: 3006036849 TEL. DE CONTACTO

OCUPACIÓN: Administradora EPS: Sena.

SINTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?	SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?
Fiebre			Dolor en el pecho		
Tos			Dolor en los musculos		
Dificultad respiratoria			Diarrea		
Congestión nasal			Dolor abdominal		
Dolor de garganta			Dolor de cabeza		
Escalofríos			Malestar general		
Nauseas			Otro		
Vomito			¿Cual?		

PREGUNTAS	SI	NO	PREGUNTAS	SI	NO
Estuve en contacto con alguien que tuvo algunos de esos sintomas de la tabla anterior.	✓	.	Estuve en contacto con alguien con diagnóstico de COVID-19	✓	
hice un viaje internacional en los últimos 30 días		✓	Hice un viaje nacional en lo últimos 30 dias		✓

Fui informado del sus objetivos, riesgos y beneficios. He entendido la información que he recibido sobre la aplicación de la prueba rápida de Anticuerpo IgM/ IgG COVID-19. He tenido oportunidad de preguntar para aclarar dudas. AUTORIZO al equipo de salud de UMPRE LTDA. para realizar el procedimiento y notificar mi empleador, secretaria de salud y según demás actores definidos según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

FIRMA DEL PACIENTE. .....

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD. .....

RESULTADO DE LA PRUEBA. Negativo

Carrera 59 N 70- 120
Barranquilla – Atlántico Correo: umpreltda@gmail.com
Celular: 3206942649-
Teléfono fijo: 3602870 3048819
WhasApp: 3215396780

UMPRE

FECHA: 21.08.20.

NOMBRE Y APELLIDOS : Ana Jimenez. De alfaro.

TIPO DE DOCUMENTO: CC DOCUMENTO IDENTIDAD.: 22360248

FECHA NACIMIENTO: 01/07/43 EDAD: 76 SEXO: F X M NACIONALIDAD: Colombiana

DIRECCION DE RESIDENCIA: Calle 68 # 38B-51. DEPARTAMENTO:

MUNICIPIO: BARRIO: El Recreo.

ZONA DE RESIDENCIA: URBANA RURAL TEL. DE CONTACTO 1: 3183887086 TEL. DE CONTACTO

OCUPACIÓN: Ama de casa EPS: Sena.

SINTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?	SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?
Fiebre			Dolor en el pecho		
Tos			Dolor en los musculos		
Dificultad respiratoria			Diarrea		
Congestión nasal			Dolor abdominal		
Dolor de garganta			Dolor de cabeza		
Escalofríos			Malestar general		
Nauseas			Otro		
Vomito			¿Cual?		

PREGUNTAS	SI	NO	PREGUNTAS	SI	NO
Estuve en contacto con alguien que tuvo algunos de esos sintomas de la tabla anterior.		✓	Estuve en contacto con alguien con diagnóstico de COVID-19		✓
hice un viaje internacional en los últimos 30 días		✓	Hice un viaje nacional en lo últimos 30 dias		✓

Fui informado del sus objetivos, riesgos y beneficios. He entendido la información que he recibido sobre la aplicación de la prueba rápida de Anticuerpo IgM/ IgG COVID-19. He tenido oportunidad de preguntar para aclarar dudas. AUTORIZO al equipo de salud de UMPRE LTDA. para realizar el procedimiento y notificar mi empleador, secretaria de salud y según demás actores definidos según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

FIRMA DEL PACIENTE. Ana Jimenez A.

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD. Bruis B

RESULTADO DE LA PRUEBA. Negativo

Carrera 59 N 70- 120
Barranquilla – Atlántico Correo: umpreltda@gmail.com
Celular: 3206942649-
Teléfono fijo: 3602870 3048819
WhasApp: 3215396780

$440.000

Impreso: 2020-08-19

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ATLANTICO**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2325

Adscrito:	801151 - UMPRE LTDA
Dirección:	CRA 59 NO 70-120
Teléfono(s):	3602870-3603672- - 3692065-
Especialidad:	Centros especializados - Centros especializados

HC: 50849765

Favor atender por nuestra cuenta a CABRALES BETTIN CLAUDIA identificado con el carne 836395-F Conyuge de TORRES ARIZA JOSE HUGO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes Especiales Sin Hospitalizacion	1	0	0

OBSERVACIONES

PRUEBA RAPIDA COVID 19-

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

SENA REGIONAL ATLÁNTICO
Dr. Orlando Coronel R.
R.M. # 2938
SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 50'849765

creada por: soliveros

Cons 440.000

UMPRE

UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA
UMPRE LTDA
NIT: 800.098.895-8

NOMBRE Y APELLIDOS: Claudia Marcela Cabrales Bettin
TIPO DE DOCUMENTO: CC DOCUMENTO IDENTIDAD.: 50849765 FECHA NACIMIENTO: 13/04/1969
EDAD: 51 SEXO: F. X M..... NACIONALIDAD: COLOMBIANA DIRECCION DE RESIDENCIA:.....
DEPARTAMENTO: ATLANTICO MUNICIPIO: BARRANQUILLA BARRIO:.....
ZONA DE RESIDENCIA: URBANA X RURAL..... TEL. DE CONTACTO 1: .....
OCUPACIÓN: Ama de Casa ESCOLARIDAD Posgrado RELIGION: CATOLICA
ACOMPAÑANTE O PERSONA RESPONSABLE ..... TELEFONO: 3003670
3012008057

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:
Paciente quien refiere haberse realizado prueba de PCR para covid el 21 julio con resultado (+). actualmente sin sintomatologia, refiere haberse realizado tratamiento con azitromicina 3 veces x 3 dias

ANTECEDENTES
Qx: Esguinces Cervicales 2004
Manguito rotador - Hiatal hernia hemorroides
Patologicos: Hipercolesterolemia

REVISION POR SISTEMAS
No referido en la enfermedad actual

EXAMEN FISICO SV: TA: 120/90 FC: 82X' FR: 16X' Satur 99%.

SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO RECIENTEMENTE ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?	SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO RECIENTEMENTE ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?
Fiebre			Dolor en el pecho	✓	1 MES
Tos	✓	1 MES	Dolor en los músculos		
Dificultad respiratoria	✓	1 MES	Diarrea		
Congestión nasal			Dolor abdominal	✓	1 ME
Dolor de garganta	✓	1 MES	Dolor de cabeza		
Escalofrios			Malestar general		
Nauseas			Otro		
Vómito			¿Cual?		

CC: Cabeza y cuello movil sin adenopatias
torax: Simetrico - pulmones claros bien ventilados
RsCsRs sin soplos no sobreagregados
Abdomen: Blando depresible sin masas ni megalias
peristalsis (+)
EV: Yormoconfigurados

UMPRE

UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA
UMPRE LTDA
NIT: 800.098.895-8

Marque con una X si usted tiene uno de estos factores de riesgo

Asma			Diabetes		
Enfermedad pulmonar crónica			Obesidad		
Trastorno neurológico crónico			Enfermedad hepática crónica		
Inmunosupresión			Embarazo, Semanas de gestación _____		
Enfermedad renal crónica			Tabaquismo		
Enfermedad cardiaca			Alcoholismo		
Enfermedad hematológica crónica			Trastorno reumatológico		

Extremidades: Simétricas sin edemas
SNC: orientado, sin deficit aparente

Se le realizara en el dia Control de PCR

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
1. Caso Confirmado Covid-19 (+)
2. Hipercolesterolemia Controlada

PLAN O TRATAMIENTO
1. Vitamina C tab 1 tab c/ 8 hrs
2. Manejo expectante

Dra. Claudia Muñoz M.
MEDICO GENERAL
RM: 1870 - UNINORTE

Carrera 59 No 70-120 Teléfonos: 3602870 –3854076 umpreltda@gmail.com
Barranquilla-Colombia

Laboratorio
Lorena Vejarano SAS

SEDE BOGOTA CALLE 25G N° 85B-89. TELÉFONO: 7458168
PBX: 8353815
WWW.LORENAVEJARANO.COM

SC-217627

08307073

Nombre : CLAUDIA MARCELA CABRALES BETTIN
Documento : 50849765
Doctor : NA
Empresa : PARTICULARES
Dirección : CRA 77# 80-45
Telefono : .

Referencia : 08307073
Edad/Sexo : 52 / F
Fecha de Ingreso : 2020-08-22 10:56:31
Fecha de Toma : 2020-08-22 10:56:31
Fecha Impresión : 2020-08-26 07:28:40.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

Biología Molecular

RT PCR para SARS Cov 2 (COVID 19) en muestra respiratoria

Resultado : **NEGATIVO**
Tipo de muestra: **Hisopado nasofaringeo**

Tecnica : Deteccion diagnostica de coronavirus Wuhan 2019 por RT- PCR en tiempo real
Protocolo Charite, Berlin - Alemania 2020

Fecha/Hora Validación: 25/08/2020 17:50:11
Tipo de Muestra:

JUAN TABARES
BACTERIÓLOGO T.P: 14138868

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

UMPRE

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACION DE PRUEBA RT-PCR SARS CoV-2

La enfermedad por coronavirus (COVID 19) es una enfermedad infecciosa causada por un coronavirus recientemente descubierto, se transmite principalmente a través de las gotículas generadas cuando una persona infectada tose, estornuda o espira. Aumenta el riesgo de trasmisión con **contactos estrechos**, es decir, **contacto entre personas en un espacio de 2 metros** o menos de distancia, en una habitación o en el área de atención de un caso de COVID-19 confirmado o probable, **durante un tiempo mayor a 15 minutos**, o contacto directo con secreciones de un caso probable o confirmado mientras el paciente es considerado infeccioso. La prueba confirmatoria por laboratorio para COVID-19 es la prueba llamada **RT-PCR**. Esta prueba consiste en la realización de un escobillado (frotado) girando el hisopo de un lado a otro para recoger células y descamación de la mucosa para realizar análisis de cultivos bacterianos, estudios moleculares para detección de virus y estudios de inmunofluorescencia para detección de agentes respiratorios. Este procedimiento es realizado bajo condiciones de bioseguridad por personal capacitado y con material desechable. Sin embargo alguno de los riesgos más frecuente durante o posterior al procedimiento son:

- Molestia en los cornetes
- Sangrado nasal posterior a la toma de la muestra

Las complicaciones del procedimiento aunque no son frecuentes pueden ser

- Inflamación de las fosas nasales

Se me ha solicitado dar mi consentimiento para que me realicen la prueba de hisopado para **RT-PCR para COVID-19.** Reconozco que me han informado de manera amplia, precisa, clara y sencilla sobre los riesgos y beneficios de someterme a la toma de esta muestra. Por lo anterior declaro que he comprendido las explicaciones, me han sido aclaradas todas mis dudas y estoy satisfecho con la información recibida. Conozco el alcance de los riesgos, firmo este consentimiento por mi libre voluntad sin haber estado sujeto a ningún tipo de presión. Autorizo a la persona encargada la toma de la muestra

FECHA 22/08/2020

NOMBRE Y APELLIDOS (Del usuario o representante legal en caso de incapacidad

CC# 80'849765 22/08/2020

Firma del Responsable de la toma de la muestra

CC# 32789710 Dra. Claudia Muñoz M. MEDICO GENERAL R.M.: 1810 - UNINORTE

Carrera 59 N 70- 120
Barranquilla – Atlántico Correo: umpreltda@gmail.com
Celular: 3206942649-
Teléfono fijo: 3602870 3048819
WhasApp: 3215396780

$440.000

Impreso: 2020-08-19

Servicio Médico Asistencial - SENA **Regional: ATLANTICO**

ORDEN DE ATENCIÓN Nro.: 2326

Adscrito:	801151 - UMPRE LTDA
Dirección:	CRA 59 NO 70-120
Teléfono(s):	3602870-3603672- - 3692065-
Especialidad:	Centros especializados - Centros especializados

HC: 1044211082

Favor atender por nuestra cuenta a TORRES CABRALES ANDREA CAROLINA identificado con el carne 836395-G Hijo de TORRES ARIZA JOSE HUGO Funcionario del SENA.

DESCRIPCIÓN

Concepto	Cantidad	Valor	Total
Examenes Especiales Sin Hospitalizacion	1	0	0

OBSERVACIONES

PRUEBA RAPIDA COVID 19-

VIGENCIA: ORDENES DE LABORATORIO 10 DIAS, MEDICAMENTOS 3 DIAS Y OTRAS AUTORIZACIONES 30 DIAS

Nota: VERIFICAR LA UTILIZACIÓN DE LA ORDEN SEGUN EL SERVICIO SOLICITADO

SENA REGIONAL ATLÁNTICO Dr. Orlando Coronel R. R.M. # 8003 SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL

Médico/Odontólogo Asesor

Recibido a Satisfacción C.C. 50 849 765

creada por: soliveros

Sena
$440.000,-

UMPRE

UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA
UMPRE LTDA
NIT: 800.098.895-8

NOMBRE Y APELLIDOS: Andrea Carolina Torres Cabrales
TIPO DE DOCUMENTO: TI. DOCUMENTO IDENTIDAD.: 1.044.211.085 FECHA NACIMIENTO: 13/04/2006
EDAD: 16 SEXO: F. X. M. NACIONALIDAD: COLOMBIANO DIRECCION DE RESIDENCIA:
DEPARTAMENTO: ATLANTICO MUNICIPIO: Barranquilla BARRIO:
ZONA DE RESIDENCIA: URBANA X RURAL TEL. DE CONTACTO 1:
OCUPACIÓN: ESTUDIANTE ESCOLARIDAD: UNDECIMO grado RELIGION: Catolica
ACOMPAÑANTE O PERSONA RESPONSABLE Yaneira Cabrales TELEFONO: 3012008052

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente quien refiere haberse realizado Prueba de PCR para Covid-19 con resultado (-), vive con su mama quien dio (+) para la prueba, inicio sintomas

ANTECEDENTES

Rinitis Alergica. asma - polvo

REVISION POR SISTEMAS

(-)

EXAMEN FISICO SV: TA: 90/60 Sat 98%. FC: 80x' FR: 16x'

SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO RECIENTEMENTE ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?	SÍNTOMAS	MARQUE CON UNA "X" SI HA PRESENTADO RECIENTEMENTE ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS	¿HACE CUANTOS DÍAS LE INICIARON LOS SÍNTOMAS?
Fiebre			Dolor en el pecho		
Tos			Dolor en los músculos		
Dificultad respiratoria			Diarrea		
Congestión nasal			Dolor abdominal		
Dolor de garganta			Dolor de cabeza		
Escalofríos			Malestar general		
Nauseas			Otro		
Vómito			¿Cual?		

CCC: Cuello movil sin adenopatias garganta no hiperemica
TORAX: Simetrico, pulmones claro bien ventilados sin sobreagregados
RsCsBs sin soplos
Abdomen: blando depresible, sin masas ni megalia

UMPRE

UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y RESOLUTIVA
UMPRE LTDA
NIT: 800.098.895-8

Marque con una X si usted tiene uno de estos factores de riesgo

Asma			Diabetes		
Enfermedad pulmonar crónica			Obesidad		
Trastorno neurológico crónico			Enfermedad hepática crónica		
Inmunosupresión			Embarazo, Semanas de gestación _____		
Enfermedad renal crónica			Tabaquismo		
Enfermedad cardiaca			Alcoholismo		
Enfermedad hematológica crónica			Trastorno reumatológico		

Genitourinario: Normoconfigurado
Extremidades: Simetricas sin edemas
SNC: Sin deficit aparente

Se le realiza toma de hisopado nasofaringeo para realizacion de PCR de Control

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA : ① Caso Sospechoso para COVID-19

PLAN O TRATAMIENTO : ① Seguimiento de acuerdo a resultados de PCR

Dra. Claudia Mendoza M.
MEDICO GENERAL
RM: 1610 - UMPRE

Laboratorio Lorena Vejarano SAS

SEDE BOGOTA CALLE 25G N° 85B-89. TELÉFONO: 7458168
PBX: 8353815
WWW.LORENAVEJARANO.COM

SC-217627

08307074

Nombre : ANDREA CAROLINA TORRES CABRALES
Documento : 1044211082
Doctor : NA
Empresa : PARTICULARES
Dirección : CRA 77# 80-45
Telefono : .

Referencia : 08307074
Edad/Sexo : 16 / F
Fecha de Ingreso : 2020-08-22 11:03:15
Fecha de Toma : 2020-08-22 11:03:15
Fecha Impresión : 2020-08-26 07:29:11.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

Biología Molecular

RT PCR para SARS Cov 2 (COVID 19) en muestra respiratoria

Resultado : **NEGATIVO**
Tipo de muestra: **Hisopado nasofaringeo**

Tecnica : Deteccion diagnostica de coronavirus Wuhan 2019 por RT- PCR en tiempo real
Protocolo Charite, Berlin - Alemania 2020

Fecha/Hora Validación: 25/08/2020 14:43:31
Tipo de Muestra:

JUAN TABARES
BACTERIÓLOGO T.P: 14138868

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

UMPRE

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACION DE PRUEBA RT-PCR SARS CoV-2

La enfermedad por coronavirus (COVID 19) es una enfermedad infecciosa causada por un coronavirus recientemente descubierto, se transmite principalmente a través de las gotículas generadas cuando una persona infectada tose, estornuda o espira. Aumenta el riesgo de trasmisión con **contactos estrechos**, es decir, **contacto entre personas en un espacio de 2 metros** o menos de distancia, en una habitación o en el área de atención de un caso de COVID-19 confirmado o probable, **durante un tiempo mayor a 15 minutos**, o contacto directo con secreciones de un caso probable o confirmado mientras el paciente es considerado infeccioso. La prueba confirmatoria por laboratorio para COVID-19 es la prueba llamada **RT-PCR**. Esta prueba consiste en la realización de un escobillado (frotado) girando el hisopo de un lado a otro para recoger células y descamación de la mucosa para realizar análisis de cultivos bacterianos, estudios moleculares para detección de virus y estudios de inmunofluorescencia para detección de agentes respiratorios. Este procedimiento es realizado bajo condiciones de bioseguridad por personal capacitado y con material desechable. Sin embargo alguno de los riesgos más frecuente durante o posterior al procedimiento son:

- Molestia en los cornetes
- Sangrado nasal posterior a la toma de la muestra

Las complicaciones del procedimiento aunque no son frecuentes pueden ser

- Inflamación de las fosas nasales

Se me ha solicitado dar mi consentimiento para que me realicen la prueba de hisopado para **RT-PCR para COVID-19.** Reconozco que me han informado de manera amplia, precisa, clara y sencilla sobre los riesgos y beneficios de someterme a la toma de esta muestra. Por lo anterior declaro que he comprendido las explicaciones, me han sido aclaradas todas mis dudas y estoy satisfecho con la información recibida. Conozco el alcance de los riesgos, firmo este consentimiento por mi libre voluntad sin haber estado sujeto a ningún tipo de presión. Autorizo a la persona encargada la toma de la muestra

FECHA 22/08/2020

NOMBRE Y APELLIDOS (Del usuario o representante legal en caso de incapacidad

Andrea Torres PI. 1.049.211.082

CC#

Firma del Responsable de la toma de la muestra

CC #

Dra. Claudia Muñoz M.
MEDICO GENERAL
RM. 1810 - UNIMAG

Carrera 59 N 70- 120
Barranquilla – Atlántico Correo: umpreltda@gmail.com
Celular: 3206942649
Teléfono fijo: 3502870 3048819
WhasApp: 3215396780