

|      |  |                    |           |
|------|--|--------------------|-----------|
| J449 | ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA | ENFERMEDAD GENERAL | PRINCIPAL |
| R32X | INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA                  | ENFERMEDAD GENERAL | PRINCIPAL |

**ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 1**

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO                                   | POSOLOGÍA                                 | CANT | FECHA CREACIÓN           |
|--|---|------|--------------------------|
| LOSARTAN 50 MGCOZAAR(TABLETA) POSC                       | 1 TABLETA CADA 12 HORAS DURANTE 90 DÍAS.  | 180  | 10/09/2022 03:41:53a. m. |
| ATORVASTATINA 40 mg - ATOVAROL (TABLETA)                 | 1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 90 DÍAS.  | 90   | 10/09/2022 03:42:22a. m. |
| LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG TABLETA (EUTIROX)             | 1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 90 DÍAS.  | 90   | 10/09/2022 03:42:50a. m. |
| ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA GENERICO                     | 2 TABLETAS CADA 8 HORAS DURANTE 90 DÍAS.  | 540  | 10/09/2022 03:43:16a. m. |
| SALBUTAMOL 100 MCG INHALADOR (SACRUSYT) FCO X 200 DOSIS  | 2 PUFF CADA 6 HORAS DURANTE 180 DÍAS.     | 12   | 10/09/2022 03:58:46a. m. |
| SERTRALINA 50 mg (TABLETA)                               | 1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 90 DÍAS.  | 90   | 10/09/2022 04:00:38a. m. |
| BROMURO IPRATROPIO INH *200DOSIS - CHALVER (ASPRONIO)    | 2 PUFF CADA 6 HORAS DURANTE 180 DÍAS.     | 12   | 10/09/2022 04:01:24a. m. |
| BECLOMETASONA 250MG INHALADOR-CHALVER (NEBUMEX)          | 2 PUFF CADA 12 HORAS DURANTE 180 DÍAS.    | 6    | 10/09/2022 04:02:02a. m. |
| ESOMEPRAZOL 20 MG TABLETA DE LIBERACION RETARDADA ESOMAX | 1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 180 DÍAS. | 180  | 10/09/2022 04:02:37a. m. |
| MEMANTINA 10 MG (TABLETA)                                | 1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 180 DÍAS. | 180  | 10/09/2022 04:03:43a. m. |
| TRAZODONA 50MG TAB - GENFAR                              | 1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 90 DÍAS.  | 90   | 10/09/2022 04:04:31a. m. |

**ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 2**

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO  | POSOLOGÍA  | CANT | FECHA CREACIÓN           |
|---|--|------|--------------------------|
| OXIGENO DOMICILIARIO POR CANULA NASAL A 2 LITROS POR MINUTO CONCENTRADOR +BALA GRANDE + BALA PORT | OXIGENO POR CANULA NASAL A 2 LITROS, SE SOLICITA 1 CONCENTRADOR + 1 CANULA NASAL + 1 MANGUERA + 1 BALA GRANDE DE RESERVA + 1 BALA PEQUEÑA PORTATIL 1 HUMIDIFICADOR REALIZAR EL CAMBIO 1 VEZ AL MES POR 3 | 3    | 10/09/2022 04:07:57a. m. |

**ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 3**

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO           | POSOLOGÍA                        | CANT | FECHA CREACIÓN           |
|----------------------------------|----------------------------------|------|--------------------------|
| PAÑALES DESECHABLES TENA TALLA L | 1 CADA 6 HORAS DURANTE 180 DÍAS. | 720  | 10/09/2022 04:08:15a. m. |

**ORDEN A SERVICIOS N° 1**

| NOMBRE DEL SERVICIO   | OBSERVACIONES                   | CANT | FECHA CREACIÓN           |
|---|---------------------------------|------|--------------------------|
| TERPIAS FISICAS DOMICILIARIA                                      | 2 VISITAS SEMANALES POR 90 DIAS | 8    | 10/09/2022 03:39:49a. m. |
| [SIN CUPS] [SIN CUPS] [SIN CUPS] TERAPIA OCUPACIONAL DOMICILIARIA | 1 VISITA SEMANAL POR 90 DIAS    | 4    | 10/09/2022 03:40:08a. m. |
| [SIN CUPS] [SIN CUPS] PSICOLOGIA DOMICILIARIA                     | 1 VISITA MENSUAL POR 90 DIAS    | 1    | 10/09/2022 03:40:28a. m. |
| [SIN CUPS] [SIN CUPS] MEDICINA GENERAL DOMICILIARIA               | VALOACION EN 2 MESES            | 1    | 10/09/2022 03:40:51a. m. |
| NUTRICION DOMICILIARIA  | 1 VALORACION TRIMESTRAL         | 1    | 10/09/2022 04:10:35a. m. |

**ORDEN A SERVICIOS N° 2**

| NOMBRE DEL SERVICIO                           | OBSERVACIONES   | CANT | FECHA CREACIÓN           |
|---|---|------|--------------------------|
| [SIN CUPS] TOMA DE LABORATORIOS DOMICILIARIOS | UROANALISIS CON GRAM, CUADRO HEMÁTICO, PT, PTT, COLESTEROL TOTAL, HDL, TRIGLICERIDOS,( CREATININA, BUN, SODIO, POTASIO, CLORO, CALCIO) EN SUERO ,HEMOGLOBINA GLICOSILADA, TSH Y T4L | 1    | 10/09/2022 03:41:12a. m. |

**ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 1**

| NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD | MOTIVO DE LA REMISIÓN | FECHA CREACIÓN           |
|---------------------------|-----------------------|--------------------------|
| MEDICINA FAMILIAR         | CONTROL Y SEGUIMIENTO | 10/09/2022 03:41:29a. m. |

**ORDEN DE INCAPACIDAD N° 0**

| MOTIVO DE LA INCAPACIDAD | DIAS | TIPO      | FECHA CREACIÓN |
|--------------------------|------|-----------|----------------|
| NO APLICA                | 0    | NO APLICA | NO APLICA      |

**MÉDICO**



Firma:  
Nombre: RINCON CARRASCAL NESTOR CAMILO  
R. M.: 1022378177



Código de Seguridad  
K752Q6W5749

**PACIENTE**



Firma:  
Nombre: FORERO DE PINZON MAGDALENA  
CC: 20757635



EMPRESARIAL SALUD COLOMBIA SAS

NIT. 900514854-4

Calle 23 F # 73 F 53 Modelia Costado Sur Del Éxito

Bogotá - Colombia

E-mail. gerencia@gruposoc.com.co

FÓRMULA MÉDICA

10

09

2022

N° Identificación: CC 20757635 | Nombre del Paciente: FORERO DE PINZON MAGDALENA | Edad: 90 AÑOS 1 | EPS: FAMISANAR

CIE 10: [E039] HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO, [G309] ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA, [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), [J449] ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA, [R32X] INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA

[CUPS]. Nombre del medicamento, presentación, forma farmacéutica, vía de administración, dosis y duración del tratamiento. Cantidad Prescrita

R/

1. OXIGENO DOMICILIARIO POR CANULA NASAL A 2 LITROS POR MINUTO CONCENTRADOR +BALA GRANDE + BALA PORT 3 TRES

OXIGENO POR CANULA NASAL A 2LITROS, SE SOLICITA 1 CONCENTRADOR + 1 CANULA NASAL + 1 MANGUERA + 1 BALA GRANDE DE RESERVA + 1 BALA PEQUEÑA PORTATIL 1 HUMIDIFICADOR REALIZAR EL CAMBIO 1 VEZ AL MES POR 3



RINCON CARRASCAL NESTOR CAMILO  
R.M. 1022378177 - Firmado Electrónicamente.



Código de Seguridad  
M752S9Y5749

Recibido:

Teléfono:

Dirección:



EMPRESARIAL SALUD COLOMBIA SAS

NIT. 900514854-4

Calle 23 F # 73 F 53 Modelia Costado Sur Del Exito  
Bogota - Colombia  
E-mail. gerencia@gruposoc.com.co

FORMULA MEDICA

10 09 2022

N° Identificación: CC 20757635 Nombre del Paciente: FORERO DE PINZON MAGDALENA Edad: 90 AÑOS 1 | EPS: FAMISANAR

CIE 10: [E039] HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO, [G309] ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA, [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), [J449] ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA, [R32X] INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA

[CUPS], Nombre del medicamento, presentación, forma farmacéutica, vía de administración, dosis y duración del tratamiento. Cantidad Prescrita

|           |  |                         |
|-----------|--|-------------------------|
| <i>R.</i> | 1. [MD003965] LOSARTAN 50 MGCOZAAR(TABLETA) POSC<br>1 TABLETA CADA 12 HORAS DURANTE 90 DÍAS.             | 180 CIENTO OCHENTA      |
|           | 2. [MD001262] ATORVASTATINA 40 mg - ATOVAROL (TABLETA)<br>1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 90 DÍAS.       | 90 NOVENTA              |
|           | 3. LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG TABLETA (EUTIROX)<br>1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 90 DÍAS.              | 90 NOVENTA              |
|           | 4. [MD005586] ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA GENERICO<br>2 TABLETAS CADA 8 HORAS DURANTE 90 DÍAS.           | 540 QUINIENTOS CUARENTA |
|           | 5. SALBUTAMOL 100 MCG INHALADOR (SACRUSYT) FCO X 200 DOSIS<br>2 PUFF CADA 6 HORAS DURANTE 180 DÍAS.      | 12 DOCE                 |
|           | 6. [MD002393] SERTRALINA 50 mg (TABLETA)<br>1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 90 DÍAS.                     | 90 NOVENTA              |
|           | 7. BROMURO IPRATROPIO INH *200DOSIS - CHALVER (ASPRMIO)<br>2 PUFF CADA 6 HORAS DURANTE 180 DÍAS.         | 12 DOCE                 |
|           | 8. BECLOMETASONA 250MG INHALADOR-CHALVER (NEBUMEX)<br>2 PUFF CADA 12 HORAS DURANTE 180 DÍAS.             | 6 SEIS                  |
|           | 9. ESOMEPRAZOL 20 MG TABLETA DE LIBERACION RETARDADA ESOMAX<br>1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 180 DÍAS. | 180 CIENTO OCHENTA      |
|           | 10. [MD002475] MEMANTINA 10 MG (TABLETA)<br>1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 180 DÍAS.                    | 180 CIENTO OCHENTA      |
|           | 11. TRAZODONA 50MG TAB - GENFAR<br>1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 90 DÍAS.                              | 90 NOVENTA              |

RINCON CARRASCAL NESTOR CAMILO  
R.M. 1022378177 - Firmado Electrónicamente.



Código de Seguridad  
G752M9S5749

Recibido:

Teléfono:

Dirección:



EMPRESARIAL SALUD COLOMBIA SAS

NIT. 900514854-4

Calle 23 F # 73 F 53 Modelia Costado Sur Del Éxito

Bogotá - Colombia

E-mail. gerencia@gruposoc.com.co

ORDEN A SERVICIOS

10 09 2022

N° Identificación: CC 20757635 | Nombre del Paciente: FORERO DE PINZON MAGDALENA | Edad: 90 AÑOS | EPS: FAMISANAR

CIE 10: [E039] HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO, [G309] ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA, [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), [J449] ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA, [R32X] INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA

[CUPS], Nombre del Servicio, Presentación, Cantidad Prescrita.

R/

1 [SIN CUPS] TOMA DE LABORATORIOS DOMICILIARIOS (1)

UROANALISIS CON GRAM, CUADRO HEMÁTICO, PT, PTT, COLESTEROL TOTAL, HDL, TRIGLICERIDOS, ( CREATININA, BUN, SODIO, POTASIC



Código de Seguridad  
T752Z10F5749



RINCON CARRASCAL NESTOR CAMILO

R.M. 1022378177 - Firmado Electrónicamente.





EMPRESARIAL SALUD COLOMBIA SAS

NIT. 900514854-4

Calle 23 F # 73 F 53 Modelia Costado Sur Del Éxito

Bogotá - Colombia

E-mail. gerencia@gruposoc.com.co

FÓRMULA MÉDICA

10

09

2022

N° Identificación: CC 20757635

Nombre del Paciente: FORERO DE PINZON MAGDALENA

Edad: 90 AÑOS 1 | EPS: FAMISANAR

CIE 10: [E039] HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO, [G309] ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA, [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), [J449] ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA, [R32X] INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA

[CUPS]. Nombre del medicamento, presentación, forma farmacéutica, vía de administración, dosis y duración del tratamiento.

Cantidad Prescrita

*R.I.* 1. OXIGENO DOMICILIARIO POR CANULA NASAL A 2 LITROS POR MINUTO CONCENTRADOR +BALA GRANDE + BALA PORT 3 TRES

OXIGENO POR CANULA NASAL A 2 LITROS, SE SOLICITA 1 CONCENTRADOR + 1 CANULA NASAL + 1 MANGUERA + 1 BALA GRANDE DE RESERVA + 1 BALA PEQUEÑA PORTATIL 1 HUMIDIFICADOR REALIZAR EL CAMBIO 1 VEZ AL MES POR 3



RINCON CARRASCAL NESTOR CAMILO

R.M. 1022378177 - Firmado Electrónicamente.



Código de Seguridad

M752S9Y5749

Recibido:

Teléfono:

Dirección:





EMPRESARIAL SALUD COLOMBIA SAS

NIT. 900514854-4

Calle 23 F # 73 F 53 Modelia Costado Sur Del Exito

Bogota - Colombia

E-mail. gerencia@gruposoc.com.co

FORMULA MEDICA

10 09 2022

N° Identificación: CC 20757635 Nombre del Paciente: FORERO DE PINZON MAGDALENA Edad: 90 AÑOS 1 | EPS: FAMISANAR

CIE 10: [E039] HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO, [G309] ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA, [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), [J449] ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA, [R32X] INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA

[CUPS]. Nombre del medicamento. presentación. forma farmacéutica. via de administración. dosis y duración del tratamiento.

Cantidad Prescrita

|    |  |                         |
|----|--|-------------------------|
| R/ | 1. [MD003965] LOSARTAN 50 MG COZAAR (TABLETA) POSC<br>1 TABLETA CADA 12 HORAS DURANTE 90 DÍAS.           | 180 CIENTO OCHENTA      |
|    | 2. [MD001262] ATORVASTATINA 40 mg - ATOVAROL (TABLETA)<br>1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 90 DÍAS.       | 90 NOVENTA              |
|    | 3. LEVOTIROXINA SODICA 50 MCG TABLETA (EUTIROX)<br>1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 90 DÍAS.              | 90 NOVENTA              |
|    | 4. [MD005586] ACETAMINOFEN 500 mg TABLETA GENERICO<br>2 TABLETAS CADA 8 HORAS DURANTE 90 DÍAS.           | 540 QUINIENTOS CUARENTA |
|    | 5. SALBUTAMOL 100 MCG INHALADOR (SACRUSYT) FCO X 200 DOSIS<br>2 PUFF CADA 6 HORAS DURANTE 180 DÍAS.      | 12 DOCE                 |
|    | 6. [MD002393] SERTRALINA 50 mg (TABLETA)<br>1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 90 DÍAS.                     | 90 NOVENTA              |
|    | 7. BROMURO IPRATROPIO INH *200DOSIS - CHALVER (ASPRMIO)<br>2 PUFF CADA 6 HORAS DURANTE 180 DÍAS.         | 12 DOCE                 |
|    | 8. BECLOMETASONA 250MG INHALADOR-CHALVER (NEBUMEX)<br>2 PUFF CADA 12 HORAS DURANTE 180 DÍAS.             | 6 SEIS                  |
|    | 9. ESOMEPRAZOL 20 MG TABLETA DE LIBERACION RETARDADA ESOMAX<br>1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 180 DÍAS. | 180 CIENTO OCHENTA      |
|    | 10. [MD002475] MEMANTINA 10 MG (TABLETA)<br>1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 180 DÍAS.                    | 180 CIENTO OCHENTA      |
|    | 11. TRAZODONA 50MG TAB - GENFAR<br>1 TABLETA CADA 24 HORAS DURANTE 90 DÍAS.                              | 90 NOVENTA              |

RINCON CARRASCAL NESTOR CAMILO  
R.M. 1022378177 - Firmado Electrónicamente.



Código de Seguridad  
G752M9S5749

Recibido:

Teléfono:

Dirección:





|            |            |
|------------|------------|
| ECTOPICOS  | NO REFIERE |
| MOLAS      | NO REFIERE |
| ABORTOS    | NO REFIERE |
| CESAREAS   | NO REFIERE |
| FUR        | NO REFIERE |
| FUP        | NO REFIERE |
| FUC        | NO REFIERE |
| MENOPAUSIA | NO REFIERE |

| REVISIÓN POR SISTEMAS              |              |
|------------------------------------|--------------|
| Nombre del Sistema                 | Hallazgo     |
| PRESENTA EPILEPSIA O CONVULSIONES  | NO           |
| MANIFIESTA TENER DEFORMIDADES AMPL | NO           |
| CARDIOVASCULAR                     | ASINTOMÁTICO |
| DERMATOLOGICO                      | ASINTOMÁTICO |
| DIGESTIVO                          | ASINTOMÁTICO |
| GENITOURINARIO                     | ASINTOMÁTICO |
| NEUROLOGICO                        | ASINTOMÁTICO |
| OCULAR                             | ASINTOMÁTICO |
| OTORRINOLARINGOLÓGICO              | ASINTOMÁTICO |
| OSTEOMUSCULAR                      | ASINTOMÁTICO |
| RESPIRATORIO                       | ASINTOMÁTICO |
| OTROS SISTEMAS                     |              |
| OBSERVACIONES                      |              |

| ACTIVIDAD FÍSICA      |             |         |      |                   |  |
|-----------------------|-------------|---------|------|-------------------|--|
| Habito                | Observación | Refiere | Cant | Frecuencia        |  |
| ACTIVIDADES MANUALES  | NO APLICA   | NO      | 0    | HORAS A LA SEMANA |  |
| EJERCICIOS O DEPORTES | NO APLICA   | NO      | 0    | HORAS A LA SEMANA |  |
| DEPORTES DE CHOQUE    | NO APLICA   | NO      | 0    | HORAS A LA SEMANA |  |
| OFICIOS DOMÉSTICOS    | NO APLICA   | NO      | 0    | HORAS A LA SEMANA |  |

| HÁBITOS TÓXICOS            |                          |         |      |                 |  |
|----------------------------|--------------------------|---------|------|-----------------|--|
| Habito                     | Observación              | Refiere | Cant | Frecuencia      |  |
| CONSUMIDOR DE ALCOHOL      | AÑOS DE CONSUMO          | NO      | 0    | NINGUNO         |  |
| FUMADOR ACTUAL             | AÑOS DE CONSUMO          | NO      | 0    | CONSUMO POR DÍA |  |
| EX FUMADOR                 | AÑOS DE CONSUMO          | NO      | 0    | CONSUMO POR DÍA |  |
| USA SUSTANCIA PSICOACTIVAS | ¿CUALES? AÑOS DE CONSUMO | NO      | 0    | NINGUNO         |  |

| SIGNOS VITALES       |          |                      |             |                          |             |
|----------------------|----------|----------------------|-------------|--------------------------|-------------|
| Tension Arterial:    | 112 / 69 | Frecuencia Cardiaca: | 60 x minuto | Frecuencia Respiratoria: | 16 x minuto |
| Temperatura:         | 37.00 °C | Peso:                | kg          | Talla:                   | cm          |
| Perimetro Abdominal: | cm       | IMC:                 |             | Lateralidad Dominante:   | DIESTRO     |
|                      |          | interpretación:      |             |                          |             |

| EXAMEN FÍSICO         |                  |
|-----------------------|------------------|
| Tegumentario          | Hallazgo         |
| ATROFIA               | NO SE OBSERVA    |
| Cuello                |                  |
| ADENOPATIAS           | NO               |
| INGURGITACION YUGULAR | NO               |
| MASAS                 | NO               |
| MOVILIDAD             | NORMAL           |
| Tórax                 |                  |
| EXPANSIÓN TORÁCICA    | SIMÉTRICA NORMAL |



EMPRESARIAL SALUD COLOMBIA SAS

NIT. 900514854-4

Calle 23 F # 73 F 53 Modelia Costado Sur Del Exito  
Bogota - Colombia  
E-mail. gerencia@gruposoc.com.co

ORDEN A SERVICIOS

10 09 2022

N° Identificación: CC 20757635 Nombre del Paciente: FORERO DE PINZON MAGDALENA Edad: 90 AÑOS EPS: FAMISANAR

CIE 10: [E039] HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO, [G309] ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA, [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), [J449] ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA, [R32X] INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA

[CUPS], Nombre del Servicio, Presentación, Cantidad Prescrita.

*R.I.*

1 [SIN CUPS] TOMA DE LABORATORIOS DOMICILIARIOS (1)

UROANALISIS CON GRAM, CUADRO HEMÁTICO, PT, PTT, COLESTEROL TOTAL, HDL, TRIGLICERIDOS, (CREATININA, BUN, SODIO, POTASIO)



Código de Seguridad  
T752Z10F5749



RINCON CARRASCAL NESTOR CAMILO

R.M. 1022378177 - Firmado Electrónicamente.



EMPRESARIAL SALUD COLOMBIA SAS

NIT. 900514954-4

Calle 23 F # 73 F 53 Modelia Costado Sur Del Exito

Bogotá - Colombia

E-mail. gerencia@gruposoc.com.co

ORDEN A SERVICIOS

10

09

2022

N° Identificación: CC 20757635

Nombre del Paciente: FORERO DE PINZON MAGDALENA

Edad: 90 AÑOS

EPS: FAMISANAR

CIE 10: [E039] HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO, [G309] ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA, [I10X] HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA), [J449] ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA, [R32X] INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA

[CUPS], Nombre del Servicio, Presentación, Cantidad Prescrita.

*P./*

- 1 TERPIAS FISICAS DOMICILIARIA (8)  
2 VISITAS SEMANALES POR 90 DIAS
- 2 [SIN CUPS] [SIN CUPS] [SIN CUPS] TERAPIA OCUPACIONAL DOMICILIARIA (4)  
1 VISITA SEMANAL POR 90 DIAS
- 3 [SIN CUPS] [SIN CUPS] PSICOLOGIA DOMICILIARIA (1)  
1 VISITA MENSUAL POR 90 DIAS
- 4 [SIN CUPS] [SIN CUPS] MEDICINA GENERAL DOMICILIARIA (1)  
VALOACION EN 2 MESES
- 5 [SIN CUPS] NUTRICION DOMICILIARIA (1)  
1 VISTA MENSUAL POR 180 DIAS PORA SEGUIMIENTO Y CONROL



Código de Seguridad  
E752K10Q5749



RINCON CARRASCAL NESTOR CAMILO

R.M. 1022378177 - Firmado Electrónicamente.