

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Estado: al 01/03/2023 10:03:41
Autorizado al: 07/03/2023 11:31:12
Impreso al: 09/03/2023 09:18:36

No. Solicitud: NO REPORTADO
No. Autorización: (POS-15212) P019-200307966
Codigo EPS: EPS037

Afiliado: CC.25185552
Ejec: 05

SUAREZ MONTOYA LUZ DARY

Dirección Afiliado: KR 19 25 46 SAN VICENTE
Teléfono afiliado: (8) - 3651183
EPS Primario: SUBSIDIADO E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE RM

Fecha Nacimiento: 25/06/1987
Departamento: RISARALDA 68
Teléfono celular afiliado: 3147649972

Tipo afiliado: BENEFICIARIO (SISBEN-1)
Municipio: SANTA ROSA DE CABAL 682
Correo electrónico:

Establecimiento: CENTRO MEDICO SANTA SIBENIA
NIT: 90903208-4
Dirección: XXXXX
Teléfono: 02 -

Código: 11111111111
Departamento: VALLE DEL CAUCA 76
Municipio: CALI 001

Clasificación: GEORGI Y FRANCO
Rendimiento: CRIPY OXIGENO MEDICINA Y S.A.S
NIT: 90641014-0
Dirección: KR 12 N° 71 - 30 OF 203
Teléfono: (1) - 6448002

Código: 33322222222
Departamento: DISTRITO CAPITAL 11
Municipio: BOGOTA, D.C. 001

Urgencia del paciente: CONSULTA EXTERNA
Origen: ENFERMEDAD GENERAL

TEL 3402658.

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, NO ESPECIFICADA

CÓDIGO	UNIDAD	DESCRIPCIÓN
1	1	OXIGENO POR CANULA NASAL 1.5LPM POR 12 HORAS POR 30 DIAS

El presente documento es válido para el uso de los servicios de Salud Molecular y Genética

CARRERA 15 N 25-46 SANTA ROSA DE CABAL, TEL 3147649972 // OXIGENO POR CANULA NASAL 1.5LPM POR 12 HORAS POR 30 DIAS // VÁLIDO MARZO 2023

Moneda integral según guía: NO

Fecha de emisión: 09/03/2023

Autorizador: ANA BELEN BARROSA SOTO
Teléfono:
Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Este documento es válido para el uso de los servicios de Salud Molecular y Genética y garantiza que el servicio solicitado se pertinencia estará sujeto a la revisión de la Unidad Médica.

Fecha de emisión y vencimiento de la Autorización:

** Referencia - Cuenta Medica: P019-25133551
Registro Impreso por: JAQUELINE FERNANDEZ LOPEZ



IPS H&L SALUD SAS - Nit - 900698537-3
Carrera 2C2 No 26-03 - Reservas de Santa María
Tel: 2148154 - Cel: 3162706093
Cartago - Valle - email: dianacig@hotmail.com

Fecha / Hora Fórmula:	30/4/2023 10:46am	FORMULA No:	73688
Programa:	NUEVA EPS		
Régimen Salud:		Tipo:	Subsidiado
Médico:	Gregorio Sebastian Castañeda Mejía	Reg Méd:	
Nombre Paciente:	Luz Dary Suarez Montoya	Tipo y No identificación:	CC - 25159952

ESTA FÓRMULA CADUCA EN 48 HORAS

Contenido	Descripción Medicamento
Unidad / Litros	Oxígeno / Via Admin / Ciclo
1	Oxígeno Domiciliario : Concentrador De Oxígeno , Bala De Oxígeno 6.5mts 3
1	Bala Portátil, Paciente Con Sao2 Inferior A 82% Sin O2 Suplementario
	Requiere O2 Por Cánula Nasal A 2l/mnt. 24h X 6 Meses
Validado por:	Firma:
Gregorio Sebastian Castañeda Mejía	
C.C. 1.112.768.921	
R.M. 1.112.738.921	
Fecha Recibido:	Entregado por:
Dirección y Teléfono:	

ORIGINAL

Fecha / Hora Inscrita: 09/05/2023 12:33 p.m.

Página # 1

→ Bala Grande
por si se va la luz
→ Concentrador.



IPS H&L SALUD SAS - Nit - 900698537-3
Carrera 2C2 No 26-03 - Reservas de Santa María
Tel: 2148154 - Cel: 3162706093
Cartago - Valle - email: dianaclg@hotmail.com

Fecha / Hora Fórmula:	30/4/2023 10:46am	FORMULA No:	73688
Programa:	NUEVA EPS		
Régimen Salud:		Tipo:	Subsidiado
Médico:	Gregorio Sebastian Castañeda Mejía	Reg Méd:	
Nombre Paciente:	Luz Dary Suarez Montoya	Tipo y No Identificación:	CC - 25150952

ESTA FÓRMULA CADUCA EN 48 HORAS

Cantidad		Descripción Medicamento		
Mts	Letras	Dosis	Via Admin	Ciclo
1	1	Oxigeno Domocilario : Concentrador De Oxigeno , Bala De Oxigeno 6.5mts 3		
1	1	Bala Portatil, Paciente Con SpO2 inferior A 82% Sin O2 Supleemntario		
		Requiere O2 Por Canula Nasa! A 2l/mnt, 24h X 6 Meses		

Valorado por:	Firma:
Gregorio Sebastian Castañeda Mejía	
C.C. 1.112.788.921	
R.M. 1.112.788.921	

Fecha Recibida:	Entregado por:

Dirección y Teléfono:

ORIGINAL



DATOS GENERALES DEL PACIENTE
LUZ DARY SUAREZ MONTOYA

Identificación: CC - 251599052 Fecha Nto: 25/09/1957 Edad / Sexo / Est Civil: 65 / 1:Años / F /
 Dirección: Carrera 15 #28-46 - San Vicente Santa Rosa De Cabal - Risaralda Teléfonos: _____
 Régimen Salud: _____ Tipo: Subsidiado EPS: NUEVA EPS Usuario H & L: No
 # EPISODIO: 35103 Fecha / Hora Ingreso: 30/04/2023 11:14 pm
 Ambito del Procedimiento: Ambulatorio Ubicación: _____ Cama: _____
 Via Ingreso a la Institución: Consulta Externa Ó Programada Médico: Gregorio Sebastian Castañeda Especialidad: _____

ANAMNESIS:

Causa Externa Enfermedad General Finalidad Consulta: No Aplica
 Motivo Consulta Visita Medica Domiciliaria
 Enfermedad Actual "paciente De 65 Años De Edad , Con Antecedente De Tab , Epilepsia , Retardo Mental , Epoc O2 Requiriente ,
 Diagnóstico Inicial _____
 y Código _____

Evoluciones Médicas:

Fecha:	Hora:	Profesional	Especialidad
30/04/2023	11:15:24 p. m.		

SUBJETIVO

dependiente totalmente de familiares para las actividades basicas de la vida diaria . medicamentos : acido valproico , 250mg . 2 cada 8 h , levetiracetam 1g , 1 cada 12h , atorvastatina 40mg , 1 cada 2h4 , fenintoina 240ml 2.5g . 2 cucharadas cada 24h , levotiroxina 50 , clonazepam 2mg 2 cada 24h , salbutamol , bormuro ipratropio , beclometasona , por incontinencia urinaria usa pañal talla l , 4 cambios al día .

INDICE DE FUNCIONALIDAD KARNOFSKY

Capacidad Funcional 50 %

INDICE DE BARTHEL

Actividad	Valor
Comer	0
Trasladarse silla cama	0
Aseo Personal	0
Uso del Retrete	0
Bañarse o ducharse	0
Desplazarse	0
Subir bajar escaleras	0
Vestirse y desvestirse	0
Control de heces	0
Control de Orina	0
Puntaje Indice	0

OBJETIVO

cabeza normocefalo , cuello movil , torax rscs: sincrónicos con el pulso , campos pulmonares: claros y ventilados , no sobreaagregados , abdomen: blando , depresible , no doloroso a la palpación , no megalias , puño percusión lumbar bilateral: negativo , genitourinario: normal , extremidades: simétricas , snc: orientada en tiempo y espacio signos vitales pa 125/80 mmhg fc 80la minuto spo2 90% fr 10 r x minuto

ANÁLISIS

"paciente femenina en la septima decada de la vida , con antecedentes descritos , ahora con barthel menor de 10 , muy dependiente , se inscribe a programa cronico domiciliario .

PLAN

requiere formulacion de medicamentos : acido valproico , 250mg . 2 cada 8 h , levetiracetam 1g , 1 cada 12h , atorvastatina 40mg . 1 cada 2h4 , fenintoina 240ml 2.5g . 2 cucharadas cada 24h , levotiroxina 50 , clonazepam 2mg 2 cada 24h , salbutamol inh 100mcg/dosis , 2 puff cada 8 , bromuro ipratropio inh 20mcg dosis , 2 puff cada 8 , beclometasona inh 50mcg/dosis 2 puff cada 12h , pañal desechable talla l , 1 cada 6 h x 6 meses , acetaminofen 500mg 1 cada 8 h x 6 meses , oxido de zinc 25% pote 500g , 1 pote cada mes x 6 meses , ensure advance botella 220ml 1 cada 12h x 3 meses , oxigeno domiciliario , concentrador de oxigeno , bala de oxigeno 6.5mts 3 , bala portatil , paciente con spo2 inferior a 82% sin o2 suplementario , requiere o2 por consulta con el o2 2litros 24hrs 5 dias por semana en su domicilio domiciliario .

C.C.
T.P.