

RESPUESTA SOLICITUD HISTORIA CLINICA PROCESO RADICADO 68001-31-03-010-2023-00115-00

Serviclinicos Dromedica <serviclinicosdromedica@gmail.com>

Vie 23/02/2024 5:39 PM

Para: Juzgado 10 Civil Circuito - Santander - Bucaramanga <j10ccbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (7 MB)

DOCUMENTOS JHON MARTINEZ PUENTES.pdf;

Señores (a)

JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUCARAMANGA

j10ccbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co

PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL

DEMANDANTE JHON MARTINEZ PUENTES CC. 1.095.924.100, CARLOS ANDRES MARTINEZ OSORIO CC. 11.051.780 - ANA BELEN PUENTES MELO CC. 63.512.061

DEMANDADO GEOVANNY OREJARENA GARCIA C.C. 91.476.920 MARIA YOLANDA TOLOZA SALON C.C. 63.479.579

En virtud de la petición elevada por usted, consistente en la solicitud de copia íntegra y completa de la Historia Clínica del paciente **JHON MARTINEZ PUENTES CC. 1.095.924.100**, me permito remitir en anexo

Diego Mario Arenas Landazabal

Abogado

Especialista En Responsabilidad Medica

Tel. 315 7801247

Para
Doctor Diego
De: Señora Belcy

LISTA DE CHEQUEO

And

Por Instrucciones de la Sra. CLAUDIA JOHANNA JAIMES TELLEZ, Jefe del Departamento de Facturación se debe verificar la siguiente Lista de Chequeo y dejar la entrega de la Historia Clínica en la mayor brevedad ordenada.

Nombres y Apellidos del Paciente: Jhon Hernandez Puentes

No de Cedula - Tarjeta de Identidad: 1005325008 habitación 30

Documentos - Paquete SOAT: medicinal

Fecha de Ingreso: 28-1-2023 Fecha de Egreso: 4-2-23

Hoja de Medicamentos - Cantidad 11

Hoja de Suministro Oxigeno: 0

Laboratorios - Cantidad: 3

Exámenes Externos: 0

Rayos X - Cantidad: 0

Traslado Ambulancia o Bitácora - Cantidad: 0

Firma Jefe de Turno quien entrega la Historia Clínica: [Firma]

Firma de quien recibe la Historia Clínica - Admisiones: _____

Hora: _____

Serviclinicos Dromedica SA Report

Sample ID: 1005325068

Sample Type:

Mode: OV-WB-CBC+5DIFF

Test Time: 04/02/2023 05:59 a.m.

Inst: BC-5000

Name: JHON MARTINEZ PUENTES

Patient ID: HOSP SEC 2

Gender: Homb

Dept.: HOSPITALIZACION

Diagnosis:

Age: 21 Year

Bed No.: 30

Comments:

Parameter	Result	Unit	Ref.range	
WBC	5,63	10 ⁹ /L	4,00-10,00	WBC Flag
Neu#	2,47	10 ⁹ /L	2,00-7,00	
Lym#	2,64	10 ⁹ /L	0,80-4,00	
Mon#	0,33	10 ⁹ /L	0,12-1,20	
Eos#	0,14	10 ⁹ /L	0,02-0,50	
Bas#	0,05	10 ⁹ /L	0,00-0,10	
Neu%	L 43,9	%	50,0-70,0	
Lym%	H 46,8	%	20,0-40,0	
Mon%	5,7	%	3,0-12,0	RBC Flag
Eos%	2,6	%	0,5-5,0	
Bas%	1,0	%	0,0-1,0	
RBC	4,89	10 ¹² /L	4,00-5,50	
HGB	13,9	g/dL	12,0-16,0	
HCT	41,0	%	40,0-54,0	
MCV	83,8	fL	80,0-100,0	
MCH	28,5	pg	27,0-34,0	
MCHC	340	g/L	320-360	
RDW-CV	13,0	%	11,0-16,0	PLT Flag
RDW-SD	40,9	fL	35,0-56,0	
PLT	298	10 ⁹ /L	150-450	
MPV	8,4	fL	6,5-12,0	
PDW	15,4		9,0-17,0	
PCT	0,251	%	0,108-0,282	
P-LCC		10 ⁹ /L		
P-LCR		%		

PCR

6

mg/l

VR: Menor a 6 mg/l

Deliverer:

Tester: admin

Validator:

Delivery Time: 04/02/2023 12:00 a.m.

Print Time: 04/02/2023 06:28:44 a.m.

*The result applies to this sample!



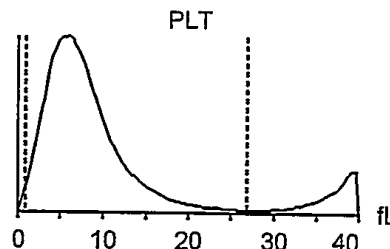
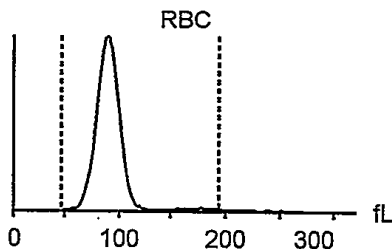
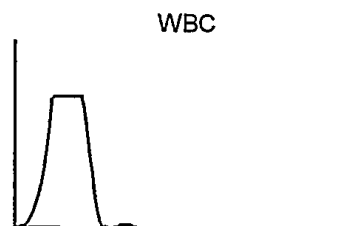
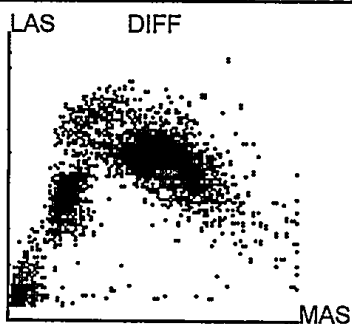
Franey J. Aruesta H.

Microbiologa y
Bioanalista

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nombre: JHON Apellido: MARTINEZ PUENTES Sexo: Mujer Edad: 21 Años
 ID muestr: 1005325068 Tipo de paciente: Urgente ID pac: URG
 Dpt.: URGENCIAS Tiempo de análisis: 26-01-2023 18:48 Modo: WB-CBC+DIFF

	Parámet	Result	Unid	Grupo de ref.
1	WBC	9.52	10 ³ /uL	4.00 - 10.00
2	Neu#	6.99	10 ³ /uL	2.00 - 7.00
3	Lym#	2.01	10 ³ /uL	0.80 - 4.00
4	Mon#	0.39	10 ³ /uL	0.12 - 1.20
5	Eos#	0.10	10 ³ /uL	0.02 - 0.50
6	Bas#	0.03	10 ³ /uL	0.00 - 0.10
7	Neu%	A 73.4	%	50.0 - 70.0
8	Lym%	21.1	%	20.0 - 40.0
9	Mon%	4.1	%	3.0 - 12.0
10	Eos%	1.0	%	0.5 - 5.0
11	Bas%	0.4	%	0.0 - 1.0
12	RBC	A 5.04	10 ⁶ /uL	3.50 - 5.00
13	HGB	14.7	g/dL	11.0 - 15.0
14	HCT	42.8	%	37.0 - 47.0
15	MCV	85.0	fL	80.0 - 100.0
16	MCH	29.3	pg	27.0 - 34.0
17	MCHC	34.4	g/dL	32.0 - 36.0
18	RDW-CV	12.9	%	11.0 - 16.0
19	RDW-SD	41.1	fL	35.0 - 56.0
20	PLT	351	10 ³ /uL	150 - 450
21	MPV	8.4	fL	6.5 - 12.0
22	PDW	15.7	%	9.0 - 17.0
23	PCT	A 0.294	%	0.108 - 0.282



Médico clínico:

Hora de trazado:

Comentarios:

[Este informe solo se aplica a la muestra analizada correspondiente]

Operador:

Hora entrega:

CARLOS PINZON

L. Arzobispo

Bacteriología y Laboratorio Clínico
 Universidad Industrial de Santander
 Reg. Prof. 02058

Revisado por:

Hora de Impresión: 26-01-2023 18:49



FORMATO DE SIGNOS VITALES

Fecha: ABRIL 2018

Código F-CSV-02-46

Versión 1

FECHA	HORA	TA mmHg	FC x'	FR x'	T°C	PAM	SO2%	FIRMA
26-01-23	18:00	126/74	89	22	36.6	90	98	Diego
26-01-23	22:00	116/59	84	20	36.0	74	99	Roa
24-01-23	24:00	121/41	88	19	36.1	80	98	David
24-01-23	6:00	114/64	59	20	38.4	97	98	Roa
27-01-23	10:00	116/82	88	19	36.4	91	99	Steven
27-01-23	14:00	101/59	69	20	36.3	71	98	Steven
27-01-23	18:00	119/64	72	21	36.2	78	97	Andres
28-01-23	22:00	121/70	65	18	36.3	87	99	Yasleidy L.
28-01-23	02:00	124/48	71	20	36.0	95	95	Yasleidy L.
28-01-23	06:00	121/77	20	18	36.3	99	96	Gemma
28-01-23	10:00	114/61	76	18	36.1	84	96	AURA DIAZ
28-01-23	14:00	120/76	77	23	36.3	88	98	Andres
28-01-23	4	120/65	66	20	36.0	90	96	Victor
28-01-23	20:00	116/56	53	18	36.0	80	97	Thalia
28-01-23	24:00	121/70	65	18	36.1	71	99	Thalia
29-01-23	5:00	125/62	101	17	36.2	83	98	Thalia
29-01-23	8:00	130/70	100	19	36.3	-	97	Valentina
29-01-23	12:00	126/72	98	18	36.2	-	94	Valentina
29-01-23	16:00	131/75	50	19	36.1	86	97	
29-01-23	20:00	125/77	57	18	36.4	80	96	
29-01-23	24:00	123/70	58	19	36.3	87	98	VALENTINA
29-01-23	4:00	104/65	60	18	36.2	79	97	Valentina

NOMBRE Y APELLIDO:

John Martinez Puente

N. HISTORIA CLINICA:

100532068

N. CAMA:

obs 20.
26 B

TIEMPO:

44 horas.

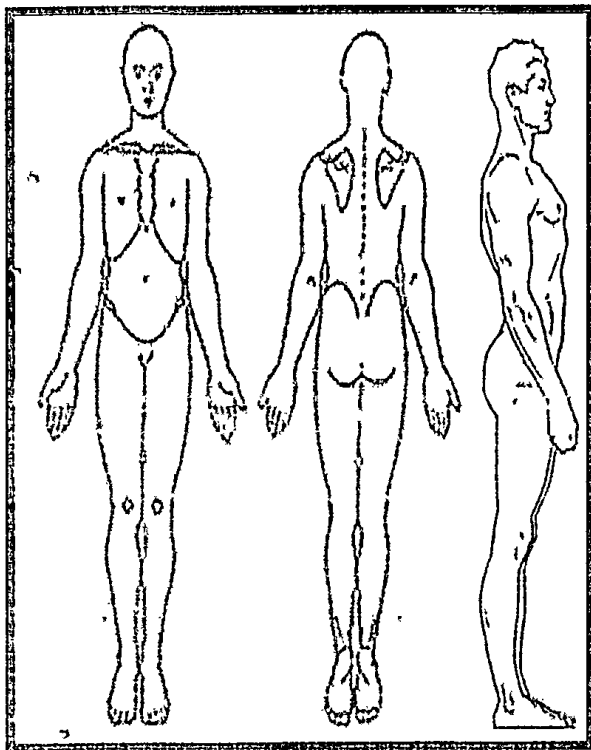


FORMATO DE BRADEN
VALORACION ULCERAS POR PRESION

Fecha: Abril 2018
Código: P-BCA-02-23
Versión 1

EL FORMATO DE BRADEN ES UNA HERRAMIENTA PARA VALORAR EL RIESGO Y EL GRADO DE LA ULCERA POR PRESION, AL USUARIO CUANDO INGRESE A LOS SERVICIOS, SEÑALANDO ESPECIFICAMENTE EL AREA DE LA UBICACIÓN Y EL GRADO DE LA ULCERA QUE SE ENCUENTRE.

NOMBRE DEL USUARIO: Jhon Martinez Puente HABIT: Obs 2
FECHA DE VALORACIÓN: 28-01-23 SERVICIO: Urgencias
RESPONSABLE DE LA VALORACION: Igora D. D.
VALOR/CLASIFICACION DEL RIESGO: 8 CLASIFICACION/GRADO ULCERA: 0



CLASIFICACIÓN SEGÚN EL RIESGO DEL USUARIO PARA REALIZAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA:

PUNTAJE INDICADOR	1	2	3	4	TOTAL
Percepción sensorial	Completa -- mente limitado	Muy limitado	Levemente limitado	Ninguna limitación	4
Exposición a la humedad	Excesiva- mente limitado	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda	4
Actividad	Completa- mente limitado	Confinado a silla	Camina ocasionalmente	Camina frecuentemente	4
Movilidad	Completa- mente inmóvil	Muy limitado	Levemente limitado	Ninguna limitación	4
Nutrición	Deficiente	Inadecuada	Adecuado	Excelente	4
Fricción y cizallamiento	Problema: requiere máximo cuidado	Problema Potencial Requiere Mínimo cuidado	Sin problema o ausente		4

Niveles de riesgo	Alto riesgo	≤12
	Riesgo moderado	13-14
	Bajo riesgo	15-16
	Sin riesgo	>16

SI EL USUARIO PRESENTA LA ULCERA POR PRESION, SE CLASIFICA EL GRADO EN QUE SE ENCUENTRA.

GRADOS	CARACTERÍSTICAS	ESTADIO
GRADO 1	Eritema en piel intacta que no sede con la presión	NO
GRADO 2	Afectación de la epidermis o dermis o de ambas. La ulcera es superficial y se presenta como una abrasión	NO
GRADO 3	Afectación de la piel en toda su profundidad con necrosis del tejido subcutáneo	NO
GRADO 4	Afectación en profundidad y necrosis de tejido con afectación del musculo, hueso o estructuras adyacentes.	NO



FORMATO DE BRADEN
VALORACION ULCERAS POR PRESION

Fecha: Abril 2018
Código: P-BCA-02-23
Versión 1

PLAN DE ACCION PARA EL MANEJO DE ULCERAS DE PRESION.

Niveles de riesgo	Medidas de intervención
Alto	• Secar bien la piel, entre los dedos y pliegues. • Lubricar la piel con aceites, cremas después el baño. • Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. • Cambiar de postura de forma individualizada y siguiendo una rotación programada cada 2-3 horas durante el día, y cada 4 horas durante la noche. • Administrar suplementos hiperproteicos de nutrición enteral (para evitar situaciones carenciales; si ya presenta úlceras • Crear un campo estéril para la limpieza de la herida. • Usar guantes estériles. • Limpiar las lesiones inicialmente y con suero salino fisiológico, usando la mínima • Fuerza mecánica para la limpieza así como para su secado posterior - proporcionado por la gravedad -. No aplicar suero fisiológico a presión con jeringa
Moderado	• Asegurar una hidratación adecuada del enfermo • Observar la integridad de la piel diariamente mientras se realiza la higiene • Secar bien la piel, entre los dedos y pliegues. • Lubricar la piel con aceites, cremas después el baño • Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas • Cambiar de postura de forma individualizada y siguiendo una rotación programada cada 2-3 horas durante el día, y cada 4 horas durante la noche.
Bajo	• Secar bien la piel, entre los dedos y pliegues. • Lubricar la piel con aceites, cremas después el baño. • Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
Sin riesgo	• Observar la integridad de la piel diariamente mientras se realiza la higiene • Secar bien la piel, entre los dedos y pliegues. • Cambiar de postura de forma individualizada y siguiendo una rotación programada cada 2-3 horas durante el día, y cada 4 horas durante la noche.

OTROS CUIDADOS PARA TENER EN CUENTA.

- Utilizar técnicas de posición (encamado o sentado) y elegir una adecuada superficie de apoyo, para disminuir el grado de rozamiento, presión y cizallamiento.
- Mantener la zona seca (medidas de prevención).
- Crear un campo estéril para la limpieza de la herida.
- Usar guantes estériles.
- Limpiar las lesiones inicialmente y con suero salino fisiológico, usando la mínima
- fuerza mecánica para la limpieza así como para su secado posterior - la proporcionada
- por la gravedad -. No aplicar suero fisiológico a presión con jeringa.
- No limpiar la herida con antisépticos locales - povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético)
- Proteger la zona periulceral con un preparado a base de zinc.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Gálvez A. Quién, cuánto y dónde de la investigación sobre *úlceras por presión* en España: grupos de investigación de ... (PDF) Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular (AEEV).
- úlceras. por. presión. Rocío Aller de la Fuente, Daniel A. de Luis Román, M.a Concepción TerrobaLarumbe, Luis Á. Cuéllar Olmedo, Tomás ... BIBLIOGRAFÍA INTRODUCCIÓN Las *úlceras por presión* se definen como un área de daño localizada en la piel y en los tejidos ... segundo lugar por la dis52 TABLA 52.1. Estadiaje de las *úlceras por presión* ESTADIO CARACTERÍSTICAS. 705 52CAP5-1.PDF.
- «Cicatrización de heridas quirúrgicas o traumáticas por segunda intención» (pág. 873). TABLA 11-10 Estadificación de las *úlceras por presión* ESTADIO DESCRIPCIÓN I Eritema de piel intacta que no desaparece a la presión;...Risk (pág. web): <http://www.bradenscale.com/braden.PDF>. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS TRATAMIENTOS INTERDISCIPLINARIOS.



FORMATO DE BRADEN
VALORACION ULCERAS POR PRESION

Fecha: Abril 2018
Código: P-BCA-02-23
Versión 1

PLAN DE ACTIVIDAD DE ENFERMERIA

FECHA	ACTIVIDADES	FIRMA JEFE ENFERMERIA
28-01-23	Toma signos vitales	LAURA DIAZ
28-01-23	Administracion Medicamentos	
28-01-23	Arreglo de unidad	



ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DOWTON

Fecha: Abril 2018
Código: F-RCD-02-05
Versión 1

SERVICIO urgencias FECHA 28-01-23 CAMA 2 EDAD 21
NOMBRE Jhon Martinez Puentes IDENTIFICACION 1005325068

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON)		
CAIDAS PREVIAS	NO	X
	SI	
MEDICAMENTOS	NINGUNO	X
	TRANQUILIZANTES	
	SEDANTES	
	DIURETICOS	
	HIPOSENSORES (NO DIURETICOS)	
	ANTIPARKINSONIANOS	
DEFICIT SENSORIALES	OTROS MEDICAMENTOS	
	NINGUNO	X
	ALTERACIONES VISUALES	
	ALTERACIONES AUDITIVAS	
ESTADO MENTAL	EXTREMIDADES	
	ORIENTADO	X
DEAMBULACION	CONFUSO	
	NORMAL	X
	SEGURA CON AYUDA	
	INSEGURA CON AYUDA	
IMPOSIBLE		
TOTAL		
Sumar un punto por cada ítem para clasificar el riesgo de la siguiente manera. CLASIFICACION: <u>0 SIN RIESGO</u> 1-2 BAJO RIESGO 3 ALTO RIESGO		

Laura Diaz

JEFE DE ENFERMERIA CON NOMBRE COMPLETO

LEGIBLE, FIRMA Y SELLO:



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
HOSPITALIZACIÓN, Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**
(Otorgado en cumplimiento de la ley 23 de 1981)

Nombre del paciente: Jhon Martinez Renteria c.c. 1005325068
Fecha: 26-01-23 Hora: 17:53 No de H.C. 1005325068

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento a **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, para que por intermedio de médicos en ejercicio legal, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar se servicios asistenciales de la entidad, se me practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento: _____

Valoración medica

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A. queda autorizada para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los autorizados, si en el curso de la intervención quirúrgica o del procedimiento llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, los haga aconsejables.

El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa evaluación que de mi estado de salud ha hecho, a Dr. Salinas Ochoa **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.** el Doctor Dr. Salinas Ochoa Médico Cirujano R.M. Dr. Salinas Ochoa

Con el objeto de identificar mis condiciones clínicas y previa advertencia que, dicho médico me ha hecho ser conocedor, con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva el procedimiento y la intervención quirúrgica mencionada, en los términos en los cuales lo ha consignado en la historia clínica.

Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre su alcance, por parte del mismo profesional.

Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte de un médico anesthesiologo escogido por **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, y los autorizo para utilizar el tipo de anestesia que consideren más aconsejable de acuerdo a mi condición clínico - patológica y el tipo de intervención que requiero.

He sido advertido por el Doctor Dr. Salinas Ochoa Médico Cirujano R.M. Dr. Salinas Ochoa

sobre los riesgos que para mi caso comporta la aplicación de anestesia, de conformidad con la constancia que figura en la historia clínica y he recibido satisfactoriamente explicaciones al respecto, por parte del mencionado profesional.

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A., queda autorizada para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatómopatológicos cuyo práctica solicito.

Declaro que he sido advertido por **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, en sentido de que la práctica de la intervención quirúrgica que requiero, compromete una actividad médica de medio, pero no de resultado.

2. Autorizo expresamente e irrevocablemente a las personas del Equipo de Salud Hospitalario que tendrá a su cargo mi tratamiento para que me realicen terapias y procedimientos ordenados por mi médico tratante, el Doctor Medico General R.M. 1005325068

He sido informado en forma clara acerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias y medicamentos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos y consecuencias que puedan ocurrir de la instauración d dichos tratamientos. He comprendido el riesgo inherente a los tratamientos y procedimientos practicados por el personal de enfermería bajo las órdenes de mi médico tratante.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe,

Jhon Puentes
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

1005325068
C.C. DE

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

C.C. DE



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Calle 11 N. 27 - 48 PBX 6 34 51 22

Bucaramanga - Santander

Por un servicio más humano!

FECHA: 26 DE ENERO DEL 2023

CEDULA: 1005325068

PACIENTE: MARTINEZ PUENTES JHON

EMPRESA: SEGUROS MUNDIAL

EDAD: 21 AÑOS

URG

ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS.

En el tercio medio del **ANTEBRAZO IZQUIERDO** debajo de herida quirúrgica se observa colección hipoeecogenica que mide 19x22x17 mm para un volumen de 3.8 cc en íntima a relación con la cortical.

Se observa material de osteosíntesis.

CONCLUSION:

- 1- ABSCESO DEL TERCIO MEDIO DEL ANTEBRAZO IZQUIERDO.**
- 2- OSTEOMIELITIS INTERROGADA**
- 3- SE SUGIERE EXAMENES COMPLEMENTARIOS.**

Atentamente,

Dr. GUSTAVO CABALLERO

Registro MD. 13002942

Medico Ecografista E.S.F.

mindray

SERVICLINICOS DROMEDICA SA

26/01/2023

13:54:19

AP 100%

MI 1.3 TIS 0.3

20230126 135350-DF5A

L11-4

MSK

DC-7

B1

F10

FR53

D3.4

IP5

G58

DR70

Dist1 1.90 cm

Dist2 2.25 cm

Dist3 1.71 cm

Vol 3.82 cm³

378/378

mindray

SERVICLINICOS DROMEDICA SA

26/01/2023

13:54:08

AP 100%

MI 1.3 TIS 0.3

20230126 135350-DF5A

L11-4

MSK

DC-7

B1

F10

FR53

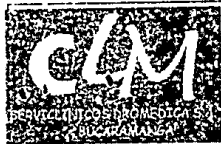
D3.4

IP5

G58

DR70

433/433



FORMATO DE SIGNOS VITALES

Fecha: ABRIL 2018

Código F-CSV-02-46

Version 1

FECHA	HORA	TA mmHg	FC x'	FR x'	T°C	PAM	SO2%	FIRMA
30-1-23	8:00	115/73	57	18	36.2	88	98	Thalia - Neley
30-1-23	12:00	123/81	55	19	36.3	91	97	Thalia - Neley
30/1/23	16:00	126/75	60	18	36.2	94	99	Thalia - Neley
30/1/23	20:00	117/76	52	19	36.6	91	98	Neley
30/1/23	24:00	110/74	61	19	35.2	88	96	Neley
31/1/23	4:00	103/60	59	20	36.5	72	93	Neley
31/1/23	8:00	111/57	58	19	36.1	80	96	Thalia
31/1/23	12:00	114/79	67	18	36.1	68	96	ANDRES
31/1/23	16:00	101/67	65	18	36.2	84	97	Thalia
31/1/23	20:00	105/60	48	17	36.2	78	96	ANDRES
01/2/23	24:00	110/68	54	16	36.2	84	93	ANDRES.
01/2/23	04:00	115/72	61	16	36.1	81	97	ANDRES.
1/2/23	8:00	132/72	75	17	36.3	93	96	Eforsalor
1/2/23	12:00	115/59	68	19	36.2	85	95	Eforsalor
1-2-23	16:00	128/64	71	18	36.1	92	94	Valentina - Junior
1/2/23	20:00	116/65	79	18	36.2	87	97	Thalia
1/2/23	24:00	130/63	61	18	36.0	81	96	Thalia
2/2/23	5:00	100/65	65	18	36.1	70	95	Thalia
2/2/23	8:00	133/62	64	16	36.3	78	96	Katerme-michell
2/2/23	12:00	126/72	71	18	36.2	91	95	
2/2/23	16:00	128/72	70	19	36.3	90	95	
2/2/23	20:00	127/72	53	20	36.6	84	95	Neley

NOMBRE Y APELLIDO:

Jhon martinez Puentes

N. HISTORIA CLINICA:

100532568

N. CAMA:

#30

TIEMPO:

C/4 horas

MARTINEZ PUENTES JHON						
REGISTRO	CONCE	RECIBO	VALOR	FECREC	C	A CENCOS
0571537	19	0087721	\$ 32.100	26/01/2023	N	URGE
0571537	19	0087811	\$ 51.400	04/02/2023	N	PISO
0571537	31	0006344	\$ 162.400	26/01/2023	N	URGE
0571537	38	0056727	\$ 1.624.000	30/01/2023	N	PISO
0571537	38	0056739	\$ 324.800	31/01/2023	N	PISO
0571537	38	0056781	\$ 324.800	01/02/2023	N	PISO
0571537	38	0056808	\$ 324.800	02/02/2023	N	PISO
0571537	38	0056826	\$ 324.800	03/02/2023	N	PISO
0571537	39	0243715	\$ 76.200	26/01/2023	N	URGE
0571537	39	0243716	\$ 310.800	27/01/2023	N	PISO
0571537	99A	1992911	\$ 96.660	27/01/2023	N	URGE
0571537	99A	1992912	\$ 18.320	27/01/2023	N	URGE
0571537	99A	1992913	\$ 14.015	27/01/2023	N	URGE
0571537	99A	1992922	\$ 220.000	27/01/2023	N	URGE
0571537	99A	1992923	\$ 2.280	27/01/2023	N	URGE
0571537	99A	1993200	\$ 390	28/01/2023	N	URGE
0571537	99A	1993215	\$ 3.191	28/01/2023	N	URGE
0571537	99A	1993262	\$ 187.068	28/01/2023	N	PISO
0571537	99A	1993263	\$ 2.048	28/01/2023	N	PISO
0571537	99A	1993408	\$ 187.458	29/01/2023	N	PISO
0571537	99A	1993409	\$ 2.048	29/01/2023	N	PISO
0571537	99A	1993487	\$ 959	29/01/2023	N	PISO
0571537	99A	1993521	\$ 5.200	30/01/2023	N	PISO
0571537	99A	1993629	\$ 189.376	30/01/2023	N	PISO
0571537	99A	1993630	\$ 9.334	30/01/2023	N	PISO
0571537	99A	1993874	\$ 194.576	31/01/2023	N	PISO
0571537	99A	1993875	\$ 2.048	31/01/2023	N	PISO
0571537	99A	1994087	\$ 189.376	01/02/2023	N	PISO
0571537	99A	1994088	\$ 7.783	01/02/2023	N	PISO
0571537	99A	1994130	\$ 5.044	01/02/2023	N	PISO
0571537	99A	1994385	\$ 199.776	02/02/2023	N	PISO
0571537	99A	1994386	\$ 2.048	02/02/2023	N	PISO
0571537	99A	1994588	\$ 189.376	03/02/2023	N	PISO
0571537	99A	1994589	\$ 2.048	03/02/2023	N	PISO
0571537	99A	1994896	\$ 5.850	04/02/2023	N	URGE
0571537	99A	1994900	\$ 7.200	04/02/2023	N	URGE
			\$ 5.299.572			

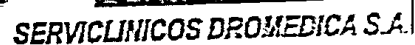
38010115
13-02-23

Urgente
Urg - 1
Rm R

Para 100
2/28
19/20
29/30
31
26 27 28

0057016





EMPRESA:

FECHA:

NOMBRE

C.C:

НАВПАСІОН:

URGENCIAS

☐

HOSPITALIZACION

☒

UCI

CIRUGIA

4

[illegible]

**COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO**

Fecha: ENERO DE 2021
Código: F-CRP-27-04
Versión 1

DATOS DEL USUARIO

USUARIO: Jhon Martinez Pentez	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1005825068	SERVICIO: URGENCIAS			
EMPRESA – SOAT: Mundial	FECHA DE INGRESO		FECHA DE EGRESO		
	D 26	M 01	A 2023	D	M

SERVICIOS ASISTENCIALES RECIBIDOS

Apoyo Diagnóstico	Cirugía	Urgencias	X
Consulta Externa	Hospitalización	UCI	
Otro ¿Cuál?			

Declaro que las actividades señaladas en este formato fueron realizadas por SERVICLÍNICOS DROMÉDICA S.A y firmo este formato que por fuerza mayor no fue posible emitir la factura y anexos en el momento de la salida.

Jhon Pentez

Firma y No. D.I. y/o Representante

SERVICLINICOS DROXEDICA S.A.
SEGUROS MUNDIAL
POS-C

Registro: 0571537 Historia Clínica No: Empresa: 00050
Paciente: MARTINEZ PUENTES JHON
Dirección: CARRERA 13 # 16 - 24 GAITAN Teléfono: 3003376963-3126495006
Dpto: SANTANDER Mpio: BUCARAMANGA
Fecha Accidente: 25/11/2022 Poliza: 8
Edad: 21 Años Sexo: Masculino Fecha Nacimiento: 16/10/2001
Cédula: 1005325068 Estado civil: SOLTERO
Fecha ingreso: 26/01/2023 Hora ingreso: 17:53:57 Hora Atención:
Forma de arribo: Caminando Ambulancia Caído Silla de ruedas
Calidad de usuario: OTRO
Origen de la Patología: E.G. A.T.E.P. SOAT MAP

HOSP

SEGUROS MUNDIAL

Complementario: NUEVA EPS

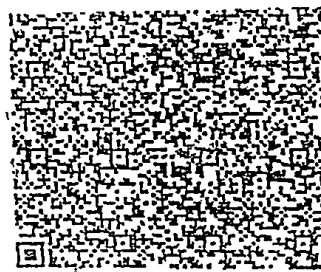
FIRMA ENFERMERIA

FIRMA LABORATORIO

FIRMA RADIOLOGIA

FIRMA FARMACIA

SOAT



seguros mundial
tu compañía siempre

FECHA DE EXPEDICIÓN: 2022 8 1
VIGENCIA: 2022 8 2
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL 2023 8 1

NÚMERO DE POLIZA 83604796 600637336	PLACA DE JUA27F	CLASE DE VEHICULO MOTOCICLETA	SERVICIO PARTICULAR	CILINDROS/VOLU 155	MODELO 2021
PASAJEROS 2	MARCA YAMAHA	SIN CARROCERIA			
LITRA VEHICULO YZF 155 (YZF-R15)					
NÚM. MOTOR G3L3E0002764	NÚM. CHASIS O NÚM. SAML 9FKRG5814M2002764	NÚM. VIN 9FKRG5814M2002764	CAPACIDAD TON. 0,00		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TITULADOR JHON MARTINEZ PUEENTES		TELÉFONO DEL TITULADOR 3003376963	TIPO DE DOCUMENTO DEL TITULADOR CC	NÚM. DOCUMENTO DEL TITULADOR 1005325068	CIUDAD RESIDENCIA TITULADOR BUCARAMANGA
CÓDIGO DE ASEGURADORA 1317	CÓDIGO CURRÚL EXPEDIDORA 51	CIUDAD PRINCIPAL 80002003	NÚM. FORMULARIO 83604796	CIUDAD EXPEDICIÓN 68001	
FAMILIA 12	PRIMA SOAT \$ 364.900	CONTRIBUCIÓN FISCAL \$ 189.700	TASA RUC \$ 1.900	AJUROS POR VÍCTIMA A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS B. INCAPACIDAD PERMANENTE HASTA 800 180 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO: 1.005.325.068
MARTINEZ PUEENTES

APELLIDOS: JHON
NOMBRES: Jhon Martinez

FIRMA: *Jhon Martinez*

FECHA DE NACIMIENTO: 16-OCT-2001
BUCARAMANGA (SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

12-NOV-2018 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER TESA POLO

INDICE DERECHO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10020868540

PLACA: JUA27F
MARCA: YAMAHA
LÍNEA: YZF 155 (YZF-R15)
MODELO: 2021

CILINDRADA CC: 155
COLOR: GRIS ROJO

CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA
TIPO CARROCERIA: SIN CARROCERIA
COMBUSTIBLE: GASOLINA
CAPACIDAD Kg/PSI: 2

NÚMERO DE MOTOR: G3L3E0002764
REG: N
VIN: 9FKRG5814M2002764

NÚMERO DE SERIE: *****
REG: N
NÚMERO DE CHASIS: 9FKRG5814M2002764
REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
MARTINEZ PUEENTES JHON
IDENTIFICACIÓN
C.C. 1005325068

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902020000069787
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - YAMAHA MOTOS

FECHA MATRÍCULA: 30/07/2020
FECHA EXP. LIC. TIT.: 30/07/2020
FECHA VENCIMIENTO: *****

ORGANISMO DE TRÁNSITO: STRIA MCPAL TIOYTE GIRON

FECHA DE NACIMIENTO: 16-OCT-2001
BUCARAMANGA (SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

12-NOV-2018 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER TESA POLO

INDICE DERECHO

83604796

01/08/2022

02/08/2022

01/08/2023

120

COMPANIA
MUNDIAL DE
SEGUR

VIGENTE

80516454

01/08/2022

29/07/2021

120

COMPANIA

NO



FORMATO DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

SERVICIOS DROMEDICA S.A.
RIF 900 073.001-4

Declaración libre y voluntaria rendida por el señor (a) _____

Identificado (a) con documento de identidad _____ expedida en _____

Nombre de la víctima: Jhon Martinez Puentes.

Identificado (a) con documento de identidad CC 1005325068

Fecha del accidente: 25/11/2022

Dirección del accidente: Cra 15 al 23

Hora del accidente 20:05

Numero de póliza: 1317-83604796

Aseguradora: Mundial.

Relato de los hechos:

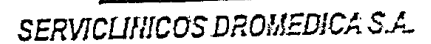
Paciente en calidad de conductor de motocicleta
refiere que es colisionado por vehículo y cae en vía
pública resultando lesionado.

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

Yo Jhon Martinez Puentes IDENTIFICADO CON CC. # 1005325068 Declaro (Soy) DECLARO
BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES CIERTA Y PUEDE SER
VERIFICADA POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN FINANCIERA DEL MINISTERIO DE SALUD, LA SUPERINTENDENCIA
NACIONAL DE SALUD Y LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

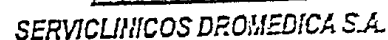
Jhon Martinez Puentes

FIRMA DEL LESIONADO Y/O RESPONSABLE



EMPRESA: Mondial FECHA: 26-01-23
NOMBRE: Jhon Martinez Puentes C.C.: 100532068 HABITACIÓN: W9
URGENCIAS ☒ HOSPITALIZACION ☐ UCI ☐ CIRUGIA ☐

FD-302 (Rev. 5-22-64)



EMPRESA: Mundial FECHA: 27-01-23
NOMBRE: Jhon Martinez Puentes c.c.: 100532060 HABITACIÓN: _____
URGENCIAS ☒ HOSPITALIZACION ☐ UCI ☐ CIRUGIA ☐

FM-57-23



EMPRESA: Seguros Mundial

FECHA: 28 Enero 2023

NOMBRE: Jhon Martinez Puentes

C.C: 100S3Z0GB

HABITACIÓN: 35

URGENCIAS 

HOSPITALIZACION ☐

UCI 

CIRUGIA

[illegible]

FIRMA DÍA

Milton Andres.

FIRMA NOCHE



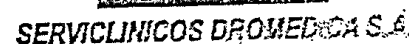
EMPRESA: Mundial FECHA: 28/01/23
NOMBRE: Jhon Martinez Puentes C.C.: 1005325068 HABITACIÓN: (260)
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACIÓN ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐ 30

MEDICAMENTO	DÍA	NOCHE
SSN O. 906 x 500mg 120 mgr.		20
Macroperon x 1gr E-1 1 amp c/6 hr. 1 enja 10c	18	02
	18	02
Diclofenolo x 75gr E-1 1 amp 12 hr 1 enja 5c		24
		24
Acetaminofen x 500gr E-1 1 tbl c/6 hr.		22 04
FIRMA DÍA		
FIRMA NOCHE		Ashani C-ho

REGISTR(ON(RECIBO,CVALOR,N,17,FECREC,D CIFAN(CENCOS,C,4

0571537	19	0087721	32100	26/01/23	N	N	URGE
0571537	19	0087811	51400	04/02/23	N	N	PISO
0571537	19	0087993	75800	26/01/23	N	N	URGE
0571537	31	0006344	162400	26/01/23	N	N	URGE
0571537	38	0057047	638800	26/01/23	N	N	URGE
0571537	38	0057048	2273600	28/01/23	N	N	PISO
0571537	39	0244519	76200	26/01/23	N	N	URGE
0571537	39	0244520	543900	27/01/23	N	N	PISO
0571537	39	0244521	233100	31/01/23	N	N	PISO
0571537	99A	1992911	96660	27/01/23	N	N	URGE
0571537	99A	1992912	18320	27/01/23	N	N	URGE
0571537	99A	1992913	14015	27/01/23	N	N	URGE
0571537	99A	1992922	220000	27/01/23	N	N	URGE
0571537	99A	1992923	2280	27/01/23	N	N	URGE
0571537	99A	1993200	390	28/01/23	N	N	URGE
0571537	99A	1993215	3191	28/01/23	N	N	URGE
0571537	99A	1993262	187068	28/01/23	N	N	PISO
0571537	99A	1993263	2048	28/01/23	N	N	PISO
0571537	99A	1993408	187458	29/01/23	N	N	PISO
0571537	99A	1993409	2048	29/01/23	N	N	PISO
0571537	99A	1993487	959	29/01/23	N	N	PISO
0571537	99A	1993521	5200	30/01/23	N	N	PISO
0571537	99A	1993629	189376	30/01/23	N	N	PISO
0571537	99A	1993630	9334	30/01/23	N	N	PISO
0571537	99A	1993874	194576	31/01/23	N	N	PISO
0571537	99A	1993875	2048	31/01/23	N	N	PISO
0571537	99A	1994087	189376	01/02/23	N	N	PISO
0571537	99A	1994088	7783	01/02/23	N	N	PISO
0571537	99A	1994130	5044	01/02/23	N	N	PISO
0571537	99A	1994385	199776	02/02/23	N	N	PISO
0571537	99A	1994386	2048	02/02/23	N	N	PISO
0571537	99A	1994588	189376	03/02/23	N	N	PISO
0571537	99A	1994589	2048	03/02/23	N	N	PISO
0571537	99A	1994896	5850	04/02/23	N	N	URGE
0571537	99A	1994900	7200	04/02/23	N	N	URGE

5830772



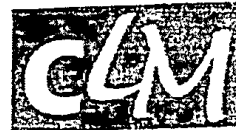
EMPRESA: Mundral FECHA: 29 . 1 . 23
NOMBRE: Jhon Martinez Puentes c.c.: 1005325068 HABITACIÓN: 30
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACION ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐

FILED



EMPRESA: Mondial FECHA: 02-02-2023
NOMBRE: Jhon Martinez Puente C.C.: 1005325068 HABITACIÓN: 30
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACION ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐

[illegible]



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

REGISTRO MEDICAMENTOS

EMPRESA: Mundial FECHA: 2-1-2023
NOMBRE: Honorable paces C.C.: 1005325068 HABITACIÓN: 30
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACIÓN ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐

MEDICAMENTO	DIA	NOCHE
SOLUCION SALINA X500 q10	17	22 05
INCOPIAN X/600 1 cep 1V C/18	10	18 07
WINGO 10	10	18 07
DICLOFENACO X 75 urb. 1 cep 1V C/12	12	24
CHINGOS	12	24
ARTERIAL X 500 urb. 1 cep 1V C/12	12	18 24 06
OMEPRAZOL X 20 urb UD.	18	06
BUNDO 10		
WINGO 10		
Bralla #20	17	
Bralla 22	17	
FIRMA DIA	T. 7	
FIRMA NOCHE	T. 7	



EMPRESA: Seguros mandrial FECHA: 03/02/23
NOMBRE: Don martinez puentes C.C.: 100532508 HABITACIÓN: 30
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACION ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐

F-24-57-2



SERVCLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 2

INFORME CIRUGIA

Registro: 2022032877

Nro: 202203

Tipo: CC

Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 02/12/2022

10:49:46 a. m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha: 02/12/2022

Hora: 1:35:02 p. m.

Clase: PROGRAMADA

Dx Pre Quirurgicos

DX 1: S522 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO

DX 2: S521 FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO

DX 3:

DX 4:

Dx Post Quirurgicos

DX 1: S522 FRACTURA DE LA DIAFISIS DEL CUBITO

DX 2: S521 FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO

DX 3:

DX 4:

Procedimientos

Cup 1: 793301 REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN INTERNA

Cup 2: 793304 REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO (CÚPULA RADIAL) CON FIJACIÓN INTERNA

Cup 3: 814601 OTRA CORRECCIÓN LIGAMENTARIA MEDIAL O LATERAL O CÁPSULAR

Cup 4:

Cup 5:

Cup 6:

Cup 7:

Cup 8:

Intervienen

Cirujano MOLINA PORRAS MARCOS JAVIER

Cirujano

Anestes. GARCIA ARIAS RAUL

Ayudante LARA MORA JOSE ALBERTO

Intrumen. HERNANDEZ REYES JANETH STEPHANY

Auxiliar RICAURTE JIMENEZ SONIA BEATRIZ

Casa Material: JOAO STEIN & CIA S.A.S.

Muestra Patología -

Radiología N Tipo Anestesia GENERAL BALANCEADA

Hora Inicia 10:30:00 a.

Hora Finaliza 12:10:00 p.

ASA 2 Sala SALA 2

Transfusiones N

Intensificador N

Patologo -

FECHA		NOMBRE <u>Jhon Martinez Puente</u>											
DD	MM	AA	NOMBRE <u>1005325068</u>					SERVICIO <u>Op ortopedica</u>					
HISTORIA CLINICA			EDAD <u>21 años</u>					SEXO		PESO			
ASA			ASA										
DD	MM	AA	F	M		Kg	1	2	3	4	5	U	CIRUJANO <u>DR Melina</u>

Idx: _____
Px: _____

[illegible]

TECNICA	☐ Gen Inhl.	VIA AEREA	☐ Sin IOT	LISTA DE CHEQUEO				MONITOREO			
	☐ Gen. Balanceada		☐ IOT	MAQUINA				☐ EKG	☐ IBP	☐ SV	
☐ TIVA	☐ Subaracnoidea	☐ ML	☐ Q = ☐ Gases	☐ Fugas	☐ Tubos OT	☐ Laringoscopia	☐ SP02	☐ CVC	☐ Capnografo		
☐ Peridural	☐ Caudal	☐ INT	☐ Monitoreo	☐ Medicamentos	☐ Evac Gases		☐ NIBP	☐ CAP	☐ OTRO _____		
☐ Bloqueo:		☐ Intub. Select.									

[illegible]

6	7	8	9	10
11	12	12	14	15
LLEGA AL QUIROFANO			SALE DEL QUIROFANO	
OBSERVACIONES			☒ VCI ☐ Recuperación ☐ Fallece ☐ Intubado	
paciente un tobillo, el fracturado Salí después de 5 minutos			SI NO	



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4
Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122
Bucaramanga

Pagina: 1 de: 1



NOTA MEDICA

Registro: 2022032877 Nro: 2
Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068 Edad: 21 Sexo: M Fecha Ingreso: 26/11/2022 12:27:57 p. m.
Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON
Empresa: SEGUROS MUNDIAL Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Nota: 29/11/2022 7:11:24 p. m. Nota aclaratoria: N
Grabado: PARRA NAVARRO MARIO ALEJANDRO Registro: 0728
CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Mario D. Parra N.
Ortopedia Traumatología
Reg 728 S.S.S.

ORTOPEDIA

PACIENTE CON DX DE FRACTURA DEL CUBITO IZQUIERDO DIAFISIARIA DESPLAZADA QUE REQUIERE MANEJO QUIRURGICO RAFI OTS DEFINITIVA, AL INGRESO CON EDEMA MARCADO DEL ANTEBRAZO IZQUIERDO RAZON POR EL CUAL POR EDEMA DE LA EXTREMIDAD SE APLAZA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. IGUALMENTE PRESENTA SOSPECHA DE LESION DEL PLEJO BRAQUIAL DERECHO. ANTE ESTO SE SOLICITA.

PLAN:

SE APLAZA EL PROCEDIMIENTO QCO.
SE REPROGRAMA POSIBLEMENTE PARA EL LUNES 5 DICIEMBRE 2022 9AM RAFI OTS PLACA CUBITO IZQUIERDO.
EL PROXIMO LUNES NADA VIA ORAL.
RESTO DE ORDENES MEDICAS IGUAL.
SE SOLICITA VALORACION POR FISIATRIA Y NEUROCIRUGIA.
SE SOLICITA ELECTROMIOGRAFIA DEL MIEMBRO SUPERIOR.



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4
Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122
Bucaramanga

Página: 1 de: 1



NOTA MEDICA

Registro: 2022032877

Nro: 3

Tipo: CC

Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 02/12/2022

10:49:46 a. m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Nota: 02/12/2022 2:02:52 p. m.

Nota aclaratoria: N

Grabó: MOLINA PORRAS MARCOS JAVIER

Registro: 12014

CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

PLAN:

TRASLADO A RECUPERACION

HOSPITALIZACION

DIETA NORMAL EN 12 HORAS A LIBRETOLERANCIA.

SSN 80 CC EV HORA

CEFZOLINA 1 GRAMO IV CADA 6 HORAS (Fi: 25/11/2022) DIA 7.

METOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS *** SI EMESIS O NAUSEAS***

DICLOFENACO 75 MG IM CADA 12 HORAS

MORFINA 3 MG IV CADA 4-6 HORAS SI DOLOR INTENSO DE RESCATE.

OMEPRAZOL 20 MG VIA ORAL CADA DIA

INMOVILIZACION CERVICAL CON COLLAR PHILADELFA

CURACION DE LESIONES DERMICAS.

HOJA NEUROLOGICA CADA 2 HORAS

MEDIDAS ANTIEDEMAS, ANTIESCARAS, ANTITROMBOTICAS MECANICAS

CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS

MANEJO POR ORTOPEDIA ALTA POR NEUROCIRUGIA

SE SOLICITA RX DEL ANTEBRAZO IZQUIERDO.

CABESTRILLO ANTEBRAZO IZQUIERDO.

Marcos Javier Molina P.
Creador
02/12/2022



SERVCLINICOS DROMEDICA S.A.

Calle 14 N. 27-45 Barrio 14 Y 25

Página: 1 de 1

NOTA MÉDICA



Registro: 2022032877 Nro: 2
Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068 Edad: 21 Sexo: M Fecha Ingreso: 26/11/2022 12:27:57
Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON
Empresa: SEGUROS MUNDIAL Sog. Comp: NUEVA EPS

Fecha Nota: 28/11/2022 23:35:30 Nota aclaratoria: N
Grabo: GARCIA ARIAS RAUL Registro: 0472555
ANESTESIOLOGIA



CONSULTA EN PANDEMIA POR COVID-19 SE HACE VERIFICACION DE TEMPERATURA DEL PACIENTE ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA VERIFICACION DE POSIBLES CONTACTOS SOSPECHOSOS OBLIGATORIO, PERSONAL DE SALUD USO DE EPP COMPLETO PARA INICIAR LA CONSULTA.

NOMBRE: JOHN MARTINEZ PUENTES
CC: 1005325068
EPS: SEGUROS MUNDIAL
EDAD: 21 AÑOS
SERVICIO: HOSPITALIZACION SECTOR DOS CAMA 20

Paciente programada para: 29 DE NOVIEMBRE DE 2022
Diagnóstico: FRACTURA DE CUBITO IZQUIERDO DESPLAZADA
Procedimiento: RAFI + OTS DE FRACTURA DE CUBITO IZQUIERDO DESPLAZADA

Antecedentes:
Quirúrgicos: Si apendicectomía hace 12 años, sin complicaciones
Traumático: Por el momento por el que estoy cursando
Alergicos: Niega
Respiratorios y de pandemia: No covid, 2 Vacunas ***
Cardiovasculares: No HTA, No problemas cardíacos,
Neurológicos: Niega
Psiquiátricos: Niega
Endocrinos: No diabetes, No patología tiroidea.
Patológicos: Niega
Farmacológicos: Niega
Protesis: Niega
Otros: Niega

RxS: Niega fiebre, niega palpitaciones, niega dolor u opresión torácica, niega tos, niega síntomas irritativos urinarios. Niega otra sintomatología.
CP: Torax simétrico. RSRs sin agregados. RscRs no soplos.
Abdomen: Blando, depresible. No irritación peritoneal.
Extremidades: Eutróficas. Llenado capilar 2 segundos.
Neurológico: Alerta.

PARACLINICOS:
HTO: 48
HB: 16,8
PT: 13
INR: 1,16
PTT: 24,4
PLAQUETAS: 300,000

CON SIGNOS VITALES:
TA: 120/60 MMHG
FC: 63LPM
FR: 18 RPM
T° 36,5°C
SPO2: 9%

Análisis:
PACIENTE ASA: 2
MALLAMPATI: 2

Plan:
Paciente Apto para procedimiento quirúrgico
Ayuno: 8 horas para sólidos y líquidos.
Se explican riesgos a paciente, refiere entender y aceptar.
Técnica anestésica según anestesiólogo asignado al caso

NOTAS DE ENFERMERIA

No. Hoja

Primer Apellido Martinez	Segundo Apellido Puentes	Nombre John
Servicio CX	Sala # 2	No. de cama No. Historia Clínica 1005325068

Día	Mes	Año	Hora	
02	12	22	10/20	Ingreso paciente a sala de cirugía # 2 en sala de rector con cuello de fida - líquidos endocervicales en miembros superior derecho pasando lactata de inger con vendaje elastico en miembros superior derecho en miembros superior izquierdo con fclula se ubica en posición supino en miembros - se monitoriza TA=129/74 FC=72 SpO2=99%
02	12	22	10/30	El doctor Garcia inicia inducción de anestesia general con tubo endotraqueal #7.5 se fija a 23 cm con sonda labial se cubre por
02	12	22	10/40	TA=99/63 FC=70 SpO2=99% - sonia
02	12	22	10/50	se realiza lavado en zona operatoria miembros superior izquierdo según protocolo institucional
02	12	22	11/00	El doctor Molina inicia procedimiento asistido doctor Long reporte Elkin, instrumentación Stefan Auxilpar sonia
02	12	22	11/10	TA=106/60 FC=76 SpO2=99%
02	12	22	11/50	TA=160/90 mmHg FC 75X SpO2 99%
02	12	02	12/10	El doctor Garcia extuba al paciente sin complicación - 1 - sonia
02	12	02	12/20	se translada paciente a recuperación bajo efectos anestésicos

**No. Hoja**

Primer Apellido Martinez	Segundo Apellido Puentes	Nombre John	
Servicio Cirugia	Sala #	No. de cama	No. Historia Clinica 1005325068

[illegible]



SERVICIOS DROMEDICA S.A.

LISTA DE CHEQUEO SEGURIDAD DEL PACIENTE CIRUGÍA

Fecha: Abril 2017

Código: F-SEA-02-60

Versión: 1.0

02 Dic - 2017

PREOPERATORIO	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Apellidos:	<u>Montner Puente</u>
Nombres:	<u>John</u>
Edad:	<u>21</u> Años: <u>1</u> Meses:
Número de Historia Clínica:	<u>1005325068</u>
DIAGNOSTICO MÉDICO:	<u>FX cubito uln</u>
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: <u>Real test</u>	
CONFIRMACIÓN DEL USUARIO	
Manillas de Identificación:	SI ☒ NO ☐
Corresponde al Usuario:	SI ☒ NO ☐
Ayuno:	SI ☒ NO ☐
Consentimiento Informado Quirúrgico:	SI ☒ NO ☐
Valoración de Anestesia:	SI ☒ NO ☐
Imágenes Diagnóstica:	SI ☒ NO ☐
Requerimiento de UCI:	SI ☐ NO ☒
Alergias:	<u>Ninguna</u>
Cuales:	<u>Ninguna</u>
Prótesis Dental:	SI ☐ NO ☐
Prótesis Dental:	Fija: ☐ Removible: ☐
Firma Enfermera de Turno	<u>Zeyid R</u>
Firma de Auxiliar Turno	<u>Zeyid R</u>

TRANSOPERATORIO	POTSOPERATORIO
ANESTESIOLOGO	CIRUJANO
Revisión de la Máquina de Anestesia:	Tiempo Quirúrgico: <u>1 Hora</u> Hora: <u>1</u> NO ☒
Monitoreo Completo:	Patología: <u>SI</u> NO ☐
Medicamentos Requeridos:	Cultivo: <u>SI</u> NO ☐
Riesgo de Vía Difícil:	Sala Contaminada: <u>SI</u> NO ☐
Verificación de Equipo Quirúrgico:	Hemorragia Trasquirúrgica: <u>SI</u> NO ☐
Cirujanos: <u>Dr. Marino</u>	Nombre y Apellido Cirujano: <u>INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA</u>
Enfermero: <u>Zeyid R</u>	Entrega de Patología y/o Cultivos: <u>SI</u> NO ☐
Instrumentador: <u>Stephany Idier</u>	Compresas Solicitadas Trasquirúrgicas: <u>SI</u> NO ☐
Soporte: <u>SI</u> NO ☐	Recuento de Compresas: <u>SI</u> NO ☐
Profilaxis Antibiótica: <u>SI</u> NO ☐	Recuento Final: <u>SI</u> NO ☐
Dosis: <u>SI</u> NO ☐	Compresas Solicitadas Trasquirúrgicas: <u>SI</u> NO ☐
Nombre y Apellido de Anestesiólogo: <u>Dr</u>	Recuento de Gasas: <u>SI</u> NO ☐
INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA	Recuento Final: <u>SI</u> NO ☐
Instrumental: <u>SI</u> NO ☐	Torundas solicitadas Trasquirúrgicas: <u>SI</u> NO ☐
Esterilización: <u>SI</u> NO ☐	Recuento de Torundas: <u>SI</u> NO ☐
Paquete de Ropa Quirúrgica: <u>SI</u> NO ☐	Recuento Final: <u>SI</u> NO ☐
Material OTS: <u>SI</u> NO ☐	Recuento Instrumental: <u>SI</u> NO ☐
Torniquete: <u>SI</u> NO ☐	Falla de Equipos: <u>SI</u> NO ☐
Equipo Mínimamente Invasivo: <u>SI</u> NO ☐	ANESTESIOLOGO
Microscopio: <u>SI</u> NO ☐	Extubación en sala: <u>SI</u> NO ☐
Electrobisturi: <u>SI</u> NO ☐	Ventilación espontánea: <u>SI</u> NO ☐
Recuento de Inicial Compresas: <u>SI</u> NO ☐	FC <u>62</u> Min, Sat <u>99</u> % TA <u>14/63</u> mmHG, Fr <u>2</u>
Recuento Inicial de Gasas: <u>SI</u> NO ☐	Líquidos Administrados: <u>SI</u> NO ☐
Recuento Inicial de Torundas: <u>SI</u> NO ☐	Nombre y Apellido Instrumentador Quirúrgico: <u>Stephany Idier</u>



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
NIT. 900.073.081-4

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA

FECHA	02 Diciembre 2022	HISTORIO CLÍNICA	1005325068
PACIENTE	Jhon Martner Puente	C.C.	EDAD: 21 años
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	Red test Cubito 129		
CIRUJANOS	Dr. Molina	AYUDANTE	
ANESTESIOLOGO	Dr. Garas		
HORA DE INICIO CIRUGÍA	10:30 AM	FINALIZA	11:30 AM

MEDICAMENTO ADMINISTRADO

HORA	DROGA	DOSIS	VIA	OBSERVACIONES	FIRMA
11/20	Diclofenaco	75 mg	EO		Solis
11/20	Dexametasona	8 mg	EO		
11/20	Dipirona	2,5 gr	EO		

SOLUCIONES ADMINISTRADAS

LACTATO RINGER	2 000 cc	C.C.	SANGRE
SSN:		C.C.	PLASMA:
GELATINA:		C.C.	PLAQUETAS
OTROS:		C.C.	TOTAL ADM..

LÍQUIDOS ELIMINADOS Y/O DRENADOS

DIURESIS	C.C.	DRENAJES
SANGRADO	C.C.	OTROS

TOTAL ELIMINADO

NOTAS DE ENFERMERÍA.

SIGNOS VITALES DE EGRESO T.A.

PULSO:

F.R.

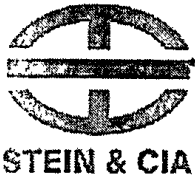
T°

TRASLADADO A:

TRASLADADO POR:

Recuperación

RECUPERACIÓN																					
DETALLE		HORA																DROGAS Y LÍQUIDOS ENDOVENOSOS			
NIVEL DE CONCIENCIA	Despierto																		HORA	NOMBRE	CANT.
	Dormido																				
	Tranquilo																				
	Excitado																				
	Inconsciente																				
COLOR DE PIEL	Normal																				
	Pálida																				
	Cianótica																				
RESPIRACIÓN	Normal																				
	Amplia																				
	Deprimida																				
	Intubado																				
	Tracostomía																				
HERIDA QUIRURGICA	Apósito secos																				
	Sangrado																				
DRENAJE	S. Vesical																				
	S. Gastrical																				
	Tubo a torax																				
	Drenes																				
	Orina																				
	Otros																				
SECRECIONES	Abundantes																				
	Escasas																				
SIGNOS VITALES PULSO T.A: X Respir: O	210																				
	200																				
	190																				
	180																				
	170																				
	160																				
	150																				
	140																				
	130																				
	120																				
	110																				
	100																				
	90																				
	80																				
	70																				
	60																				
	50																				
	40																				
	30																				
	20																				
10																					
ESCALA DE ALDRETE (Mínimo para salir 8 puntos)																					
ACTIVIDAD MUSCULAR			RESPIRACIÓN			CIRCULACIÓN			CONCIENCIA												
Movimientos voluntarios 4 extremidades		2	Profunda - Tose			T.A. 20% Preanestesia		2	Despierto		2	Mucosas rosadas								2	
Movimientos voluntarios 2 extremidades		1	Profunda - Tose			T.A. 20 - 50% Preanestesia		1	Se despierta al llamado		1	Pálido								1	
Inmóvil		0	Apnea			T.A. 50% Preanestesia		0	No responde		0	Cianótico								0	
SUBTOTAL																					
Estado del paciente al salir de recuperación			T.A.			F.C.			F.R.			TOTAL									
RESPONSABLE DE LA SALIDA DE RECUPERACIÓN :									HORA DE INGRESO			HORA DE SALIDA			PERMANENCIA						
ANESTESIOLOGO			ENFERMERA			OBSERVACIONES															



STEIN & CIA S.A.S.
NIT : 900,114,653 - 4
AVENIDA 19 N 120 71 OFI 414
BOGOTÁ - COLOMBIA
7433402 7433403

facturacionstein@gmail.com
Responsables de iva - No somos autorretenedores
Actividad Económica 4659 Tarifa 11,04



Cliente SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
NIT 900,073,081 - 4 /Id. Extranjero :
Dirección CALLE 11 27 48
Ciudad BUCARAMANGA - COLOMBIA
Correo serviclinicosdromedica@gmail.com
Order Reference Prefijo

Teléfono 6345122
Vendedor JOAO STEIN
Centro Costo 3
Pedido 11.781
Numero.

FACTURA ELECTRONICA DE
VENTA BUCARAMANGA
FEBU 3075
Fecha y Hora de Factura
Generación 2022-12-09 10:52:24
Expedición 2022-12-09 10:53:50
Vencimiento 2023-02-09

Código	Descripción	Unid	Cant.	V: Unit	Valor Total
2134262100093	PLACA BLOQUEADA EN T 1.5MM 4 X 8H TI	UN	1	2,221,770.00	2,221,770.00
1101115110013	TORNILLO CORTICAL CABEZA ESTRELLA 1.5X13MM TI	UN	2	230,000.00	460,000.00
1101115110014	TORNILLO CORTICAL CABEZA ESTRELLA 1.5X14MM TI	UN	2	230,000.00	460,000.00
1101115110015	TORNILLO CORTICAL CABEZA ESTRELLA 1.5X15MM TI	UN	2	230,000.00	460,000.00
1101115110018	TORNILLO CORTICAL CABEZA ESTRELLA 1.5X18MM TI	UN	1	230,000.00	230,000.00
1101115110020	TORNILLO CORTICAL CABEZA ESTRELLA 1.5X20MM TI	UN	2	230,000.00	460,000.00
1101115110022	TORNILLO CORTICAL CABEZA ESTRELLA 1.5X22MM TI	UN	1	230,000.00	230,000.00
1101200100006	PLACA BLOQ WL1 1/3 CAÑA x6H		1	414,700.00	414,700.00
1101035110036	TORNILLO CORTICAL 3.5 x 36MM AUTOTARRAJ	UN	2	34,320.00	68,640.00
1101035110038	TORNILLO CORTICAL 3.5 x 38MM AUTOTARRAJ	UN	2	34,320.00	68,640.00
1101035110055	TORNILLO CORTICAL 3.5 x 55MM AUTOTARRAJ		2	34,320.00	68,640.00

Total Bruto	5,142,390.00
Total a Pagar	\$ 5,142,390.00

CONDICION DE PAGO

Credito Cxc Particulares - Efectivo 5,142,390.00 Cuota 1 Vence el 2023-02-09

VALOR EN LETRAS

Cinco Millones Ciento Cuarenta Y Dos Mil Trescientos Noventa Pesos

OBSERVACIONES

PACIENTE: JHON MARTINEZ PUENTES
MEDICO: DR. MOLINA
HISTORIA CLINICA: 1005325068
PAGO A: 60 DIAS.
PEDIDO: 762

YA COBRADO

Firma Elaborado por : SARA PEREZ

Firma Recibido

Consiguar en BANCOLOMBIA Cta. Ahorros 05429251631 - Cta Corriente 05429251431

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título -Valor. Resolución y/o Autorización de facturación No. 18764019184077 aprobado en 2021-10-07 vigente 24 Meses, prefijo FEBU desde el número 1918 al 10000

CUFE :87fc886a187469cf4f0aa805bf7358c921fa0d79f95e1120f495e837f4950a8239d6e46546aa7ccf350ebe198e16c8c6

ORIGINAL

Pagina : 1 de 1

Elaborado, impreso y enviado electrónicamente por Sligo S.A.S Nit:



SERVCLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Pagina: 1 de 1

ORDEN MEDICA: 2022066257



Registro: 2022032877 Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022 12:27:57 p.m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Fecha Creacion: 29/11/2022 7:15:27 p.m.

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Orden: 29/11/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: CX

Código

Nombre

930860

ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MÁS MÚSCULOS)

LESION DEL PLEJO BRAQUIAL DERECHO. -

Grabo: PARRA NAVARRO MARIO ALEJANDRO
CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Registro: 0728

Mario P. Parra N.
Ortopedia Traumatología
Reg. 728 S.S.S.

COBAO DIRECTO - HUG

#0566766-



HOJA TRASLADO DE AMBULANCIA

Fecha: Abril 2018

Código: F-HTA-24-03

Versión: 1

PACIENTE Jhon Martinez Puentes DOCUMENTO 1005325068EMPRESA Seguros Mundial FECHA 6-12-2022HORA DE SALIDA 6:45 AM DESTINO HUS-FisiatríaMOTIVO DEL TRASLADO Electromiografía en cada extremidadAMBULANCIA QUE TRASLADA (PLACA) CCM 396

RESUMEN DE LAS CONDICIONES Y PROCEDIMIENTO Y PROCEDIMIENTOS PRATICADOS

Egreso uso del servicio de Hospitalización
despierto, consciente, orientado - buen patrón
Respiratorio espontáneo al ambiente con curso
veno permeable lleva H-C - orden médica para egreso
egreso en compañía del familiar y personal
Paracaidista

[Firma]
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN
AUTORIZA LA SALIDA

DR. FERNANDO LINARES M.
MEDICO FISIATRA
CONSULTA EXTERNA - HUS
R.M. 1038 S.S.S.

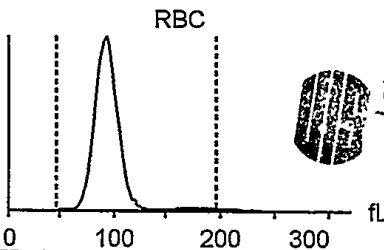
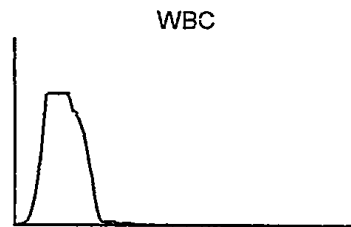
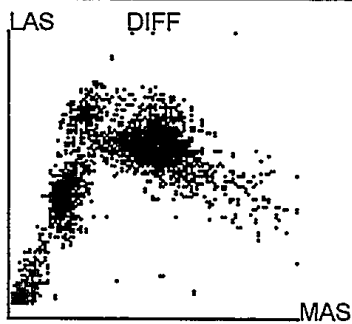
NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN
RECIBE

FECHA 06	AÑO 2022	MES 12	DIA 06	HORA 6:15	Â.M. X	P.M.
ENTIDAD A CARGO: Seguros Manabí						
NOMBRE COMPLETO: Jhon Martínez Prentes						
EDAD: 21 años			SEXO	M X	F	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1005325068						
DATOS CLINICOS						
DIAGNOSTICO Accidente de tránsito - trauma craneoencefalico moderado trauma cervical. --- Fx codo izquierdo						
SIGNOS VITALES	TA: 133/78	FC: 62x'	FR: 19x'	TEMP: 36.	SAT02: 95%	
FIRMA Y REGISTRO MEDICO:						

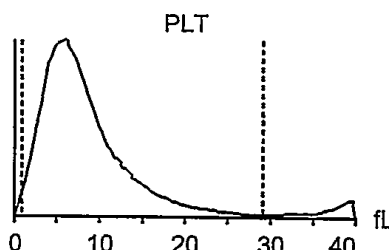
SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nombre: JHON Apellido: MARTINEZ PUENTES Sexo: Homb Edad: 21 Años
 ID muestr: 1005325068 Tipo de paciente: Hospitalario ID pac: HAB 20
 Dpt.: HOSPITALIZACION Tiempo de análisis: 29-11-2022 09:13 Modo: WB-CBC+DIFF

Parámet	Result	Unid	Grupo de ref.
1 WBC	5.74	10 ³ /uL	4.00 - 10.00
2 Neu#	3.92	10 ³ /uL	2.00 - 7.00
3 Lym#	1.31	10 ³ /uL	0.80 - 4.00
4 Mon#	0.34	10 ³ /uL	0.12 - 1.20
5 Eos#	0.15	10 ³ /uL	0.02 - 0.50
6 Bas#	0.02	10 ³ /uL	0.00 - 0.10
7 Neu%	68.2	%	50.0 - 70.0
8 Lym%	22.8	%	20.0 - 40.0
9 Mon%	5.9	%	3.0 - 12.0
10 Eos%	2.6	%	0.5 - 5.0
11 Bas%	0.5	%	0.0 - 1.0
12 RBC	3.90	10 ⁶ /uL	4.00 - 5.50
13 HGB	11.8	g/dL	12.0 - 16.0
14 HCT	34.4	%	40.0 - 54.0
15 MCV	88.4	fL	80.0 - 100.0
16 MCH	30.3	pg	27.0 - 34.0
17 MCHC	34.3	g/dL	32.0 - 36.0
18 RDW-CV	12.6	%	11.0 - 16.0
19 RDW-SD	41.5	fL	35.0 - 56.0
20 PLT	214	10 ³ /uL	150 - 450
21 MPV	8.8	fL	6.5 - 12.0
22 PDW	15.8	%	9.0 - 17.0
23 PCT	0.188	%	0.108 - 0.282



Francy J. Atuesta H.
 Microbiología
 Bioanalista



Médico clínico: Operador: FRANCY J. ATUESTA H. Revisado por:
 Hora de trazado: Hora entrega: Hora de impresión: 29-11-2022 09:14
 Comentarios:
 [Este informe solo se aplica a la muestra analizada correspondiente]



SERVICLINICOS DROMEDICA
S.A
900073081- 4
CALLE 11 No 27- 48, TELEFONO:
6345122
Bucaramanga - Santander

Feb 20

NOMBRE: JHON MARTINEZ PUENTES
DOCUMENTO 1.005.325.068
EDAD 21 Años **SEXO** M
FECHA 26/11/2022 09:21 **HABITACION** URG

TIEMPO DE PROTROMBINA (P.T.)

Resultado: 13 seg 11,1-14,3 seg

INR 1,16

TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (P.T.T.)

VALOR REFERENCIA

Resultado: 24,4 seg 20-33 seg

 *Francy J. Arrieta H.*
Microbióloga y
Bioanalista



SERVICLINICOS
DROMEDICA S.A

900073081- 4
CALLE 11 No 27- 48,
TELEFONO: 6345122
Bucaramanga -

NOMBRE: JHON MATINEZ PUENTES
DOCUMENTO: 1.005.325.068 EDAD: 21 AÑOS
SEXO: M EPS:
HABITACION: UCI-05 FECHA 26/11/2022 06:30

UROANALISIS

EXAMEN	Resultado	Unidades	Valores de referencia
PARCIAL DE ORINA			

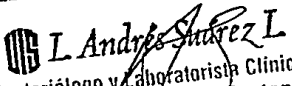
COLOR AMARILLA
ASPECTO LG TURBIA

EXAMEN QUIMICO

DENSIDAD	1,030	1.000-1.030
PH	6,0	5.0 - 9.0
NITRITOS	Negativo	
LEUCOESTERASA EN ORINA	Negativo	Leuco/uL
PROTEINAS EN ORINA	Negativo	mg/dl
GLUCOSURIA	Normal	mg/dl
CETONURIA	Negativo	
UROBILINOGENO	Normal	mg/dl
BILIRRUBINAS EN ORINA	Negativo	
SANGRE EN ORINA	200	Ery/uL

EXAMEN MICROSCOPICO

Cel. Epiteliales:	0-2	x C
Leucocitos:	0-2	x C
Bacterias:	+	x C
Hematíes:	>30	x C
Uratos Amorfos:	++	


Bacteriólogo y Laboratorista Clínico
Universidad Industrial de Santander
Reg.Prof. 02058

Fractura Radio y Cubito. 12cy.

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

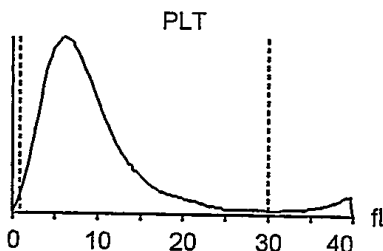
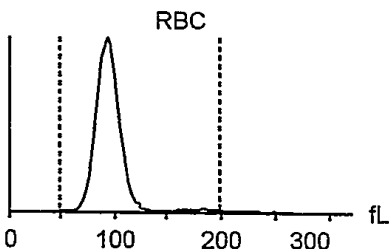
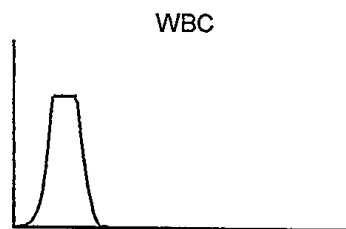
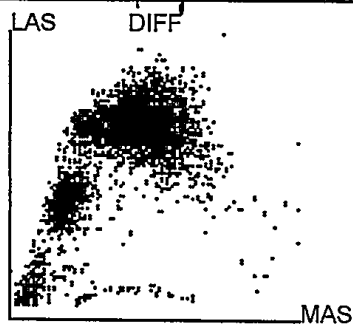
Nombre: JHON Apellido: MARTINEZ FUENTES Sexo: Homb Edad: 21 Años
ID muestr: 1005325068 Tipo de paciente: ID pac: URG
Dpt.: URGENCIAS Tiempo de análisis: 25-11-2022 22:29 Modo: WB-CBC+DIFF

Parámet	Result	Unid	Grupo de ref.
1 WBC	A 13.51	10 ³ /uL	4.00 - 10.00
2 Neu#	A 10.49	10 ³ /uL	2.00 - 7.00
3 Lym#	2.28	10 ³ /uL	0.80 - 4.00
4 Mon#	0.66	10 ³ /uL	0.12 - 1.20
5 Eos#	0.02	10 ³ /uL	0.02 - 0.50
6 Bas#	0.06	10 ³ /uL	0.00 - 0.10
7 Neu%	A 77.7	%	50.0 - 70.0
8 Lym%	B 16.9	%	20.0 - 40.0
9 Mon%	4.9	%	3.0 - 12.0
10 Eos%	B 0.1	%	0.5 - 5.0
11 Bas%	0.4	%	0.0 - 1.0
12 RBC	4.62	10 ⁶ /uL	4.00 - 5.50
13 HGB	13.9	g/dL	12.0 - 16.0
14 HCT	40.5	%	40.0 - 54.0
15 MCV	87.7	fL	80.0 - 100.0
16 MCH	30.1	pg	27.0 - 34.0
17 MCHC	34.4	g/dL	32.0 - 36.0
18 RDW-CV	12.9	%	11.0 - 16.0
19 RDW-SD	42.5	fL	35.0 - 56.0
20 PLT	309	10 ³ /uL	150 - 450
21 MPV	9.5	fL	6.5 - 12.0
22 PDW	15.9	%	9.0 - 17.0
23 PCT	A 0.293	%	0.108 - 0.282

Cx ligamento
transverso
Artroscopia
hace ± 12 años

Traumatismo 200 curas.
Alcohol Negro
Cálculo Negro
Vacunas 2
Hta de Tiro Negro
Fumador Negro
Proteas Negro

PT 13
INR 1.16
PTT 24.4



Médico clínico:

Hora de trazado:

Comentarios:

[Este informe solo se aplica a la muestra analizada correspondiente]

Operador:

Hora entrega:

ANDRES SUAREZ

L. Andrés Suárez L.

Bacteriólogo y Laboratorista Clínico

Requ. Prof. 02058

Revisado por:

Hora de Impresión: 25-11-2022 22:30



SERVICLINICOS DROMEDIÇA S.A.

Calle 11 N. 27 – 48 PBX 6 34 51 22

Bucaramanga – Santander

Por un servicio más humano!

FECHA: 02 DE DICIEMBRE DE 2022
PACIENTE: MARTINEZ PUENTES JHON
CEDULA: 1005325068
EMPRESA: SEGUROS MUNDIAL

RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO IZQUIERDO CONTROL POP.

RESULTADOS:

Fractura a nivel de pura radial fijada y mantenida con material de osteosíntesis (Placa y tornillos), con adecuado eje de alineación.

Fractura en tercio medio del cubito.

Las relaciones articulares se encuentran preservadas.

ATT.

JUAN CARLOS PABON ROMERO
Medico Radiólogo
R.M 2784



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Calle 11 N. 27-48 PBX 6 34 51-22

Bucaramanga - Santander

Por un servicio más humano!

20

FECHA: 28 DE NOVIEMBRE DEL 2022

NOMBRE: JHON MARTINEZ PUENTES

CEDULA: 1005325068

EMPRESA: SEGUROS MUNDIAL

EDAD: 21 AÑOS

URGE

ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL

HÍGADO: Tamaño: Normal

Textura: Homogénea

No se observan lesiones focales o difusas dependientes del parénquima hepático.

VESÍCULA: Grosor de la pared: 2mm

Diámetro transverso de vesícula: 22mm

Vesícula de volumen normal, con paredes finas y contenido homogéneo.

No se observan imágenes en su interior.

VÍA BILIAR INTRAHEPÁTICA: No dilatada

VÍA BILIAR EXTRAHEPÁTICA: No dilatada Diámetro AP Colédoco: 3mm

No se observan imágenes en vía biliar.

PÁNCREAS: La porción visualizada es de tamaño y ecotextura normal.

No se observan lesiones focales o difusas dependientes del parénquima.

RIÑÓN DERECHO: De tamaño Normal y posición usual.

DL: 105 mm DT: 43mm DAP: 56mm

Diferenciación corteza-médula aparente, no hay dilatación de los sistemas colectores.

RIÑÓN IZQUIERDO: De tamaño Normal y posición usual.

DL: 112 mm DT: 43mm DAP: 62mm

Diferenciación corteza-médula aparente, no hay dilatación de los sistemas colectores.



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Calle 11 N. 27 - 48 PBX 6 34 51-22

Bucaramanga - Santander

Por un servicio más humano!

BAZO: De tamaño normal, ecogenicidad homogénea, sin presencia de lesiones focales solidas ni quísticas visibles.

VEJIGA: Llenado vesical adecuado. Grosor de la pared: 3mm
Sin masas patológicas intraluminales o en su paredes

PRÓSTATA: De forma y tamaño normal, de bordes regulares sin presencia de calcificaciones ni lesiones solidas visibles.

Retroperitoneo libre, grandes vasos de calibre normal.

En cavidad pélvica no se observan lesiones expansivas.

No se aprecia líquido libre en cavidad abdominal.

CONCLUSION:

- 1- ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL SIN ALTERACIONES AL MOMENTO DEL EXAMEN.**
- 2- ESTUDIO NEGATIVO PARA LIQUIDO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL.**

Atentamente,

Dr. GUSTAVO CABALLERO

Registro MD. 13002942

Medico Ecografista E.S.F.

mindray

SERVICIO INICIOS DROMEDICA SA
20221128 124836 DF5A

28/11/2022

11:22:16

AP 100°

MI 1.1 TIS 0.4

C5.2

ABD Diferil



M

DC 7

B1

F5.5

FR14

D19

IP

C89

DR60

4.10

15

A I

24024

1 Dist 11.25 cm

2 Dist 4.38 cm

3 Dist 6.22 cm

mindray

SERVICIO INICIOS DROMEDICA SA
20221128 124836 DF5A

28/11/2022

11:22:21

AP 100°

MI 1.1 TIS 0.4

C5.2

ABD Diferil



M

DC 7

B1

F5.5

FR14

D19

IP

C89

DR60

4.10

15

A I

67167

1 Dist 10.56 cm

Dist 3.42 cm

Dist 5.65 cm

mindray

SERVICIO INICIOS DROMEDICA SA
20221128 124836 DF5A

28/11/2022

12:09

AP 100°

MI 1.1 TIS 0.4

C5

ABD Diferil



M

DC 7

B1

F5.5

FR14

D19

IP

C89

DR60

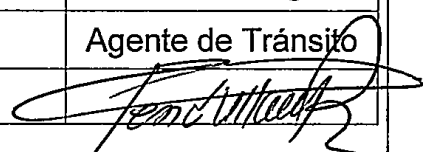
4.1

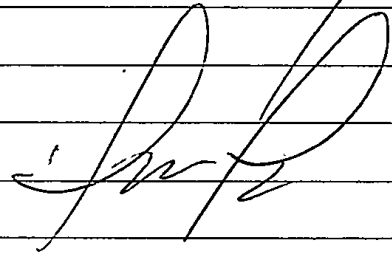
A I

5656

1 Dist 2.29 cm

Así mismo, se solicita se haga la recolección, aseguramiento, registro y documentación de evidencia física, biológica o elementos materiales probatorios relevantes para la investigación y se determine la necesidad de realizar valoraciones, exámenes o tratamiento especial a la víctima. Dejar constancia y anexar el acta de consentimiento informado.

Entidad solicitante: Dirección de Tránsito de Bucaramanga			
Unidad	Conocimiento de accidentes (spoa)	Despacho	Control Vial
Dirección	Km 4 vía a Girón	Teléfono	6809966 Ext 101
Departamento	Santander	Municipio	Bucaramanga
Nombre		Cargo	Agente de Tránsito
Correo electrónico	controlvial@transitobucaramanga.gov.co		Firma 

Firma de quien recibe	
Nombre y apellidos	
Identificación	
Teléfono	
Cargo	
Fecha y hora	
Correo electrónico	

El servidor de policía judicial, está obligado en todo tiempo a garantizar la reserva de la información, esto conforme a las disposiciones establecidas en la Constitución y la Ley.



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Pagina: 1 de: 2

EVOLUCION

Registro: 2022032877

Nro: 4

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 02/12/2022

15:04:36

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Evolucion 05/12/2022

Hora Evolucion 12:07:21

Subjetivo

NOTA DE EVOLUCION 05/12

JHON MARTINEZ PUENTES

PACIENTE MASCULINO JOVEN CON IDX DE:

- POP DEL 02.12.22 RAFI + OST FX DE CUBITO Y RADIO IZQUIERDO

- LESION DEL PLEXO BRAQUIAL

- TRAUMA CRANEOENCEFALICO MODERADO

- TRAUMA CERVICAL.

S: PACIENTE REFIERE ESTAR MEJOR, BUEN DESCANSO, NO FIEBRE, TOLERA VIA ORAL, DEPOSICIONES Y DIURESIS + DOLOR Y DIFICULTAD PARA MOVILIZAR MSD.

Ex:

Objetivo

EXAMEN FISICO: TA 128/75 MMHG FC 68 LPM FR 19 RPM T 36.4 C SAO2 97% AL AMBIENTE

CABEZA: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS. ESCLERAS ANICTERICAS

CARDIOPULMONAR: TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE. A LA AUSCULTACION, NORMOVENTILADO BILATERAL SIN RUIDOS SOBREGREGADOS. RSCSRs, NO SOPLOS.

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR A LA PALPACION. SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

EXTREMIDADES: SIMETRICAS, CON INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO. DIFICULTAD PARA LOS ARCOS DE MOVILIDAD MIEMBRO SUPERIOR DERECHO PARA LA ABDUCCION, FLEXION Y EXTENSION. NO DEPOSITO NEUROVASCULAR. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS BILATERAL. LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.

NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS. SIN DEFICIT APARENTE.

Analisis

PACIENTE MASCULINO ADULTO JOVEN SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS NI ALERGICOS. INGRESO EL 25.11.2022 POR ACCIDENTE DE TRANSITO, CON POLITRAUMATISMO, TCEY CERVICAL. ADEMAS TRAUMA EN MIEMBROS SUPERIORES, CON FRACTURA DE CUPULA RADIAL Y CUBITO TERCIO MEDIO EN MSI. FUE VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN INDICA RAFI + OST DE FRACTURA DE CUBITO Y RADIO IZQUIERDO EL DIA 02.12.22, ORTOPEDISTA CONSIDERA LESION DEL PLEJO BRAQUIA POR LO QUE SE SOLICITA ELECTROMIOGRAFIA DIAGNOSTICA.

EL DIA DE HOY EN RONDA MEDICA CON ORTOPEDISTA INSTITUCIONAL DR MOLINA ENCONTRAMOS PACIENTE ALERTA, HIDRATADO, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL CON ADECUADA EVOLUCION DE POP DE RAFI + OST DE FRACTURA DE CUBITO Y RADIO IZQUIERDO EL DIA 02.12.22. CONTINUA A LA ESPERA DE REALIZACION DE **ELECTROMIOGRAFIA** POR SOSPECHA DE LESION DE PLEXO BRAQUIAL. DADO COMPLEJIDAD DE LESION Y REQUERIMIENTO DE CIRUGIA SOLICITO IC POR CX PLASTICA PARA DEFINIR Y AUTORIZAR REMISION A MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD. EL DIA DE HOY CON REGULAR MODULACION DE DOLOR POR LO QUE AJUSTA ANALGESIA. EL DIA DE HOY SE INICIA TRAMITE DE REMISION A MAYOR COMPLEJIDAD DONDE SE CUENTE CON ORTOPEDIA O CX PLASTICA DE MIEMBRO SUPERIOR Y ELECTROMIOGRAFIA. SE EXPLICA PLAN MEDICO A SEGUIR A PTE Y FAMILIAR, QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

Plan de Manejo

PLAN:

HOSPITALIZACION POR ORTOPEDIA

DIETA CORRIENTE

SSN 60 CC EV HORA

OMEPRAZOL 20 MG VIA ORAL CADA DIA - MATINAL-

CEFRADINA 1 GRAMO IV CADA 6 H (FI: 25/11/2022) DIA 10.

DICLOFENACO 75 MG IM CADA 12 HORAS

TRAMADOL 100 MG CADA 8 HRS IV.

INMOVILIZACION CERVICAL CON COLLAR PHILADELPHIA

CURACION DE LESIONES DERMICAS

HOJA NEUROLOGICA CADA 4 HORAS

PENDIENTE CITA PARA ELECTROMIOGRAFIA

SE INICIA TRAMITE DE REMISION

MEDIDAS ANTIEDEMAS, ANTIESCARAS, ANTITROMBOTICAS MECANICAS

MANEJO POR ORTOPEDIA

CHABESTRILLO ANTEBRAZO IZQUIERDO.

CONTROL DE SIGNOS VITALES

AVISAR CAMBIOS

SE SOLICITA VALORACION POR DR VARGAS CX PLASTICA.



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 8345122

Bucaramanga

Página: 2 de 2

EVOLUCION



Registro: 2022032877

Nro: 4

Tipo: CC

Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 02/12/2022

15:04:36

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Javier Arciniegas T
R.M. 8743625

Grabo: ARCINIEGAS TRUJILLO JAVIER

MEDICO GENERAL

Registro: 8743625

Marcos Javier Molina P
R.M. 12014

Grabo: MOLINA PORRAS MARCOS JAVIER

CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Registro: 12014

FORMATO DE SIGNOS VITALES

Fecha: ABRIL 2018

Código F-CSV-02-46

Versión 1

FECHA	HORA	TA mmHg	FC x'	FR x'	T°C	PAM	SO2%	FIRMA
07/12/22	20:00	140/71	65	20	36.1	90	95	Yancela Leon
07/12/22	24:00	132/77	68	19	36.3	92	94	Yancela L
08/12/22	4:00	120/70	58	18	36.1	81	93	Yancela L
08/12/22	08:00	156/82	73	16	35.5	99	96	Sergio
08/12/22	12:00	145/81	68	17	35.7	98	96	Sergio
08/12/22	16:00	120/69	72	18	36.1	86	95	Sergio
8-12-22	20:00	141/81	70	19	36.3	107	95	Valentino
8-12-22	24:00	120/65	59	19	36.3	76	97	Valentina
8-12-22	4:00	130/65	57	20	36.1	86	96	Valentina
9-12-22	8:00	139/76	78	19	—	94	96	Yuremis.
9/12/22	12:00	146/97	88	19	—	109	95	Yuremis
9/12/22	16:00	137/88	76	20	—	98	96	Yuremis.
9/12/22	20:00	139/78	62	16	36.0	89	96	ANDRES.
10/12/22	24:00	135/63	67	17	36.0	92	96	ANDRES.
10/12/22	04:00	124/70	61	16	35.2	82	96	ANDRES.
10/12/22	8:00	135/70	73	18	36.0	103	96	Thalia
10/12/22	12:00	120/81	70	19	36.2	76	95	Thalia
10/12/22	16:00	161/114	79	20	36.3	129	95	Thalia
10/12/22	20:00	140/80	64	18	36.1	104	97	Sergio
10/12/22	24:00							
11/12/22	04:00							

NOMBRE Y APELLIDO:

Jhan Martin Puentes

N. HISTORIA CLINICA:

1005325068

N. CAMA:

20

TIEMPO:

C14h

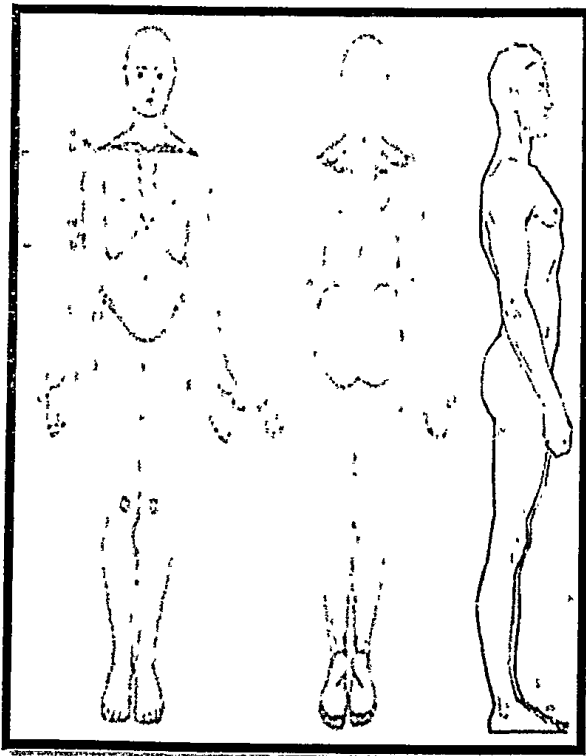


FORMATO DE BRADEN
VALORACION ULCERAS POR PRESION

Fecha: Abril 2018
Código: P-BCA-02-23
Versión 1

EL FORMATO DE BRADEN ES UNA HERRAMIENTA PARA VALORAR EL RIESGO Y EL GRADO DE LA ULCERA POR PRESION, AL USUARIO CUANDO INGRESE A LOS SERVICIOS, SEÑALANDO ESPECIFICAMENTE EL AREA DE LA UBICACIÓN Y EL GRADO DE LA ULCERA QUE SE ENCUENTRE.

NOMBRE DEL USUARIO: Jhon Martinez HABIT
FECHA DE VALORACIÓN: 26/11/22 SERVICIO: URG
RESPONSABLE DE LA VALORACIÓN: Fer C
VALOR/CLASIFICACION DEL RIESGO: _____ CLASIFICACION/GRADO ULCERA: _____



CLASIFICACIÓN SEGÚN EL RIESGO DEL USUARIO PARA REALIZAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA:

PUNTAJE INDICADOR	1	2	3	4	TOTAL
Percepción sensorial	Completa -- mente limitado	Muy limitado	Levemente limitado	Ninguna limitación	4
Exposición a la humedad	Excesiva- mente limitado	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda	4
Actividad	Completa- mente limitado	Confinado a silla	Camina ocasionalmente	Camina frecuentemente	4
Movilidad	Completa- mente inmóvil	Muy limitado	Levemente limitado	Ninguna limitación	4
Nutrición	Deficiente	Inadecuada	Adecuado	Excelente	4
Fricción y cizallamiento	Problema: requiere máximo cuidado	Problema Potencial Requiere Mínimo cuidado	Sin problema o ausente		3

Niveles de riesgo	Alto riesgo	≤12
	Riesgo moderado	13-14
	Bajo riesgo	15-16
	Sin riesgo	>16

SI EL USUARIO PRESENTA LA ULCERA POR PRESION, SE CLASIFICA EL GRADO EN QUE SE ENCUENTRA.

GRADOS	CARACTERISTICAS	ESTADIO
GRADO 1	Eritema en piel intacta que no sede con la presión	✓
GRADO 2	Afectación de la epidermis o dermis o de ambas. La úlcera es superficial y se presenta como una abrasión	✓
GRADO 3	Afectación de la piel en toda su profundidad con necrosis del tejido subcutáneo	✓
GRADO 4	Afectación en profundidad y necrosis de tejido con afectación del musculo, hueso o estructuras adyacentes.	✓



FORMATO DE BRADEN
VALORACION ULCERAS POR PRESION

Fecha: Abril 2018
Código: P-BCA-02-23
Versión 1

PLAN DE ACCION PARA EL MANEJO DE ULCERAS DE PRESION.

Niveles de riesgo	Medidas de intervención
Alto	• Secar bien la piel, entre los dedos y pliegues. • Lubricar la piel con aceites, cremas después el baño. • Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. • Cambiar de postura de forma individualizada y siguiendo una rotación programada cada 2-3 horas durante el día, y cada 4 horas durante la noche. • Administrar suplementos hiperproteicos de nutrición enteral (para evitar situaciones carenciales; si ya presenta úlceras • Crear un campo estéril para la limpieza de la herida. • Usar guantes estériles. • Limpiar las lesiones inicialmente y con suero salino fisiológico, usando la mínima • Fuerza mecánica para la limpieza así como para su secado posterior - proporcionado por la gravedad -. No aplicar suero fisiológico a presión con jeringa
Moderado	• Asegurar una hidratación adecuada del enfermo • Observar la integridad de la piel diariamente mientras se realiza la higiene • Secar bien la piel, entre los dedos y pliegues. • Lubricar la piel con aceites, cremas después el baño • Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas • Cambiar de postura de forma individualizada y siguiendo una rotación programada cada 2-3 horas durante el día, y cada 4 horas durante la noche.
Bajo	• Secar bien la piel, entre los dedos y pliegues. • Lubricar la piel con aceites, cremas después el baño. • Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
Sin riesgo	• Observar la integridad de la piel diariamente mientras se realiza la higiene • Secar bien la piel, entre los dedos y pliegues. • Cambiar de postura de forma individualizada y siguiendo una rotación programada cada 2-3 horas durante el día, y cada 4 horas durante la noche.

OTROS CUIDADOS PARA TENER EN CUENTA.

- Utilizar técnicas de posición (encamado o sentado) y elegir una adecuada superficie de apoyo, para disminuir el grado de rozamiento, presión y cizallamiento.
- Mantener la zona seca (medidas de prevención).
- Crear un campo estéril para la limpieza de la herida.
- Usar guantes estériles.
- Limpiar las lesiones inicialmente y con suero salino fisiológico, usando la mínima fuerza mecánica para la limpieza así como para su secado posterior - la proporcionada
- por la gravedad -. No aplicar suero fisiológico a presión con jeringa.
- No limpiar la herida con antisépticos locales - povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético)
- Proteger la zona periucleral con un preparado a base de zinc.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Gálvez A. Quién, cuánto y dónde de la investigación sobre úlceras por presión en España: grupos de investigación de ... (PDF) Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular (AEEV).
- úlceras por presión. Rocío Aller de la Fuente, Daniel A. de Luis Román, M.ª Concepción Terroba Larumbe, Luis Á. Cuéllar Olmedo, Tomás ... BIBLIOGRAFÍA INTRODUCCIÓN-Las úlceras por presión se definen como un área de daño localizada en la piel y en los tejidos ... segundo lugar por la dis52 TABLA 52.1. Estadía de las úlceras por presión ESTADIO CARACTERÍSTICAS. 705 52CAP5-1.PDF.
- «Cicatrización de heridas quirúrgicas o traumáticas por segunda intención» (pág. 873). TABLA 11-10 Estadificación de las úlceras por presión ESTADIO DESCRIPCIÓN I Eritema de piel intacta que no desaparece a la presión;...Risk (pág. web): <http://www.bradenscalé.com/braden.PDF>. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS TRATAMIENTOS INTERDISCIPLINARIOS.

 CLM SERVICIOS ODONTOLÓGICOS S.A. BUCARAMANGA	FORMATO DE BRADEN	Fecha: Abril 2018
	VALORACION ULCERAS POR PRESION	Código: P-SCA-02-23
		Versión 1

PLAN DE ACTIVIDAD DE ENFERMERIA

FECHA	ACTIVIDADES	FIRMA JEFE ENFERMERIA
26/11	Administrar mdts	ferc
	Toma de signos de vitales,	
	Asistencia en ducha.	fer

 CLM SERVICIOS ODONTOLÓGICOS S.A. BUCARAMANGA	ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DOWTON	Fecha: Abril 2018
		Código: F-RCD-02-05
		Versión 1

SERVICIO URG FECHA 26/11/22 CAMA EDAD 21
 NOMBRE Jhon Martinez IDENTIFICACION 1008325068

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (I.H. DOWNTON)		
CAIDAS PREVIAS	NO	☒
	SI	
MEDICAMENTOS	NINGUNO	☒
	TRANQUILIZANTES	
	SEDANTES	
	DIURETICOS	
	HIPOTENSORES (NO DIURETICOS)	
DEFICIT SENSORIALES	ANTIPARKINSONIANOS	
	OTROS MEDICAMENTOS	
	NINGUNO	☒
ESTADO MENTAL	ALTERACIONES VISUALES	
	ALTERACIONES AUDITIVAS	
	EXTREMIDADES	
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	☒
	CONFUSO	
DEAMBULACION	NORMAL	☒
	SEGURA CON AYUDA	
	INSEGURA CON AYUDA	
	IMPOSIBLE	
TOTAL		

Sumar un punto por cada ítem para clasificar el riesgo de la siguiente manera.

CLASIFICACION:

0 SIN RIESGO

1-2 BAJO RIESGO

3 ALTO RIESGO

JEFE DE ENFERMERIA CON NOMBRE COMPLETO

LEGIBLE, FIRMA Y SELLO:



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A

NIT. 900.073.081

HOJA NEUROLOGICA

1005325068		
NUMERO HISTORIA		
Martinez Puente John		
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre
Servicio	Sala	Cama 20

FECHA Y HORA DEL TRAUMA				SP2:															
SIGNOS VITALES				PULSO				PRESION ARTERIAL				RESPIRACION				TEMPERATURA			
				98 72 81 73 76 88 80 92 80 78 75 70 78 64 74				15/45 12/61 15/63 17/62 10/71 12/66 14/63 12/62 14/62 12/71 13/73 12/63 17/65 15/61				18 19 18 19 18 20 19 18 20 19 19 18 20 18				36.2 36.4 36.1 36.0 36.2 36.6 36.9			
APERTURA DE OJOS E= EDEMA PALPEBRAL				ESPONTANEO				A LA VOZ				AL DOLOR				NINGUNA			
				4				4				4				4			
				3				-				-				-			
				2				-				-				-			
RESPUESTA VERBAL T=TUBO ENDOTRAQUEAL TRAQ= TRAQUESTOMIA				ORIENTADA				CONFUSA				INAPROPIADA				INCOMPREENSIBLE			
				5				4				4				4			
				4				4				4				4			
				3				-				-				-			
RESPUESTA MOTORA				OBEDECE ORDENES				LOCALIZA EL DOLOR				RETIRA POR DOLOR				FLEXION POR DOLOR			
				6				6				6				6			
				5				-				-				-			
				4				-				-				-			
CALIFICACION TOTAL				DERECHA				TAMAÑO REACCION				DERECHO				IZQUIERDO			
				3				3				3				3			
				N				N				N				N			
				N				N				N				N			
ESTADO DE CONCIENCIA				ALERTA				SOMNOLIENTO				ESTUPUROSO				COMATOSO			
				-				✓				-				-			
				-				-				-				-			
				-				-				-				-			
CONTROL DE ESFINTERES				PRESENTE				AUSENTE				RETENCION INCONTINENCIA							
				P				P				P				P			
				-				-				-				-			
				-				-				-				-			

TAMAÑO DE PUPILAS

1	2	3	4	5	6	7	8	9
●	●	●	●	●	●	●	●	●

OBSERVACIONES:



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A

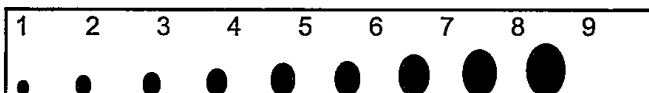
NIT. 900.073.081

HOJA NEUROLOGICA

1005 325 068		
NUMERO HISTORIA		
Martinez	Puentes	Jhon.
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre
Hospitalizacion	2	20
Servicio	Sala	Cama

FECHA Y HORA DEL TRAUMA				Siglo	04	08	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100					
SIGNOS VITALES		PULSO PRESION ARTERIAL RESPIRACION TEMPERATURA			04	08	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96	100					
					05	09	13	17	21	25	29	33	37	41	45	49	53	57	61	65	69	73	77	81	85	89	93	97	101					
					06	10	14	18	22	26	30	34	38	42	46	50	54	58	62	66	70	74	78	82	86	90	94	98	102					
					07	11	15	19	23	27	31	35	39	43	47	51	55	59	63	67	71	75	79	83	87	91	95	99	103					
APERTURA DE OJOS E= EDEMA PALPEBRAL	ESPONTANEO A LA VOZ AL DOLOR NINGUNA		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4					
			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3				
			2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				
			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
RESPUESTA VERBAL T=TUBO ENDOTRAQUEAL TRAQ= TRAQUESTOMIA	ORIENTADA CONFUSA INAPROPIADA INCOMPENSABLE NINGUNA		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5					
			4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4				
			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
			2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			
			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
RESPUESTA MOTORA	OBEDECE ORDENES LOCALIZA EL DOLOR RETIRA POR DOLOR FLEXION POR DOLOR NINGUNA		6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6					
			5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5				
			4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4			
			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
			2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
CALIFICACION TOTAL			15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15					
			14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15	14/15			
			13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15	13/15		
			12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15	12/15		
			11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15	11/15		
PUPILAS	REACCION A LA LUZ	NORMAL = N PEREZOSA = P FIJA = F																																
																															DERECHA	TAMAÑO REACCION		
																															IZQUIERDA	TAMAÑO REACCION		
																															MIEMBRO SUPERIOR	DERECHO IZQUIERDO		
FUERZA MUSCULAR	NORMAL = N DÉBIL = D AUSENTE = A																																	
																															MIEMBRO INFERIOR	DERECHO IZQUIERDO		
																															ALERTA	SOMNOLIENTO	ESTUPUROSO	COMATOSO
																															PRESENTE	AUSENTE	RETENCION INCONTINENCIA	

TAMAÑO DE PUPILAS



RESPONSABLE

OBSERVACIONES: _____

MAÑANA

TARDE

NOCHE



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A

NIT. 900.073.081

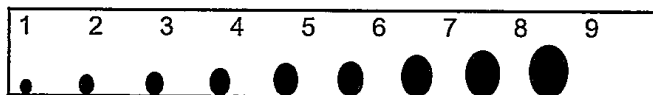
HOJA NEUROLOGICA

10053 25068		
NUMERO HISTORIA		
Martin	Puentes	Jonathan
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre
Hospitalización SECTOR 2		
Servicio	Sala	Cama 20

7/12/22

FECHA Y HORA DEL TRAUMA				SO2	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16				
SIGNOS VITALES					PULSO	95	95	95	95	91		97	96	95	98	97	97	95	98			
					PRESION ARTERIAL	62	62	71	96	55		96	98	73	61	57	69	76	80			
					RESPIRACION	18	19	18	19	18		19	19	20	20	20	15	16	18			
					TEMPERATURA	36.5	36.3	36.2	36.3	36.3		36.0	36.2	36.1	36.1	36.0	35.6	36.7	35.9			
APERTURA DE OJOS E= EDEMA PALPEBRAL	ESPONTANEO A LA VOZ AL DOLOR NINGUNA	4	4	4	4		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4				
		3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
		2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
RESPUESTA VERBAL T=TUBO ENDOTRAQUEAL TRAQ= TRAQUESTOMIA	ORIENTADA CONFUSA INAPROPIADA INCOMPRENSIBLE NINGUNA	5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5					
		4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
		3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
		2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
RESPUESTA MOTORA	OBEDECE ORDENES LOCALIZA EL DOLOR RETIRA POR DOLOR FLEXION POR DOLOR NINGUNA	6	6	6	6		6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6					
		5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
		4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
		3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
FUERZA MUSCULAR	NORMAL = N DÉBIL = D AUSENTE = A	MIEMBRO SUPERIOR	DERECHO	N	N				N	N	N	N	N	N	N	N	N					
			IZQUIERDO	N	N				N	N	N	N	N	N	N	N						
		MIEMBRO INFERIOR	DERECHO	N	N				N	N	N	N	N	N	N	N	N					
			IZQUIERDO	N	N				N	N	N	N	N	N	N	N	N					
ESTADO DE CONCIENCIA	ALERTA SOMNOLIENTO ESTUPUROSO COMATOSO	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
		2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
		3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1							
		4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1							
CONTROL DE ESFINTERES	PRESENTE AUSENTE	RETENCION INCONTINENCIA	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1						
			2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1							

TAMAÑO DE PUPILAS



RESPONSABLE

OBSERVACIONES:

MAÑANA

TARDE

NOCHE



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A

NIT. 900.073.081

HOJA NEUROLOGICA

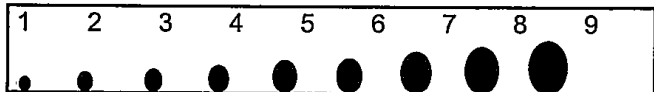
10053 25068		
NUMERO HISTORIA		
martinez puentes jhon		
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre
Sector		20
Servicio	Sala	Cama

28.11.22

30/11/22

FECHA Y HORA DEL TRAUMA				20	08	16	20	24	4	8	12	16	20	24	28	30		
SIGNOS VITALES				PULSO	94	91	95	96	92	93	95	94	95	96	95	98		
				PRESION ARTERIAL	81	56	79	68	74	69	58	65	68	86	62	60		
				RESPIRACION	21	16	20	19	20	20	20	21	21	19	20	20		
				TEMPERATURA	—	—	—	36.1	36	36.1	36.0	36.3	36.7	36.4	36.2	36.6		
APERTURA DE OJOS	E= EDEMA PALPEBRAL	ESPONTANEO A LA VOZ	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
			3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
			2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
RESPUESTA VERBAL	T=TUBO ENDOTRAQUEAL TRAQ= TRAQUESTOMIA	ORIENTADA	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
			4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
RESPUESTA MOTORA		OBEDECE ORDENES	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6		
			5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
LOCALIZA EL DOLOR		RETIRA POR DOLOR	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6		
			5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
FLEXION POR DOLOR		NINGUNA	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6		
			5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
CALIFICACION TOTAL			15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15		
			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
			2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PUPILAS	REACCION A LA LUZ	NORMAL = N PEREZOSA = P FIJA = F	DERECHA	TAMAÑO REACCION	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
					2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
FUERZA MUSCULAR	NORMAL = N DÉBIL = D AUSENTE = A	MIEMBRO SUPERIOR	DERECHO IZQUIERDO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
ESTADO DE CONCIENCIA		ALERTA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
			SOMNOLIENTO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			ESTUPUROSO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			COMATOSO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
CONTROL DE ESFINTERES		PRESENTE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
			AUSENTE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			RETENCION INCONTINENCIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

TAMAÑO DE PUPILAS



RESPONSABLE

OBSERVACIONES:

MAÑANA

TARDE

NOCHE

F-HN-02-13



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A

NIT. 900.073.081

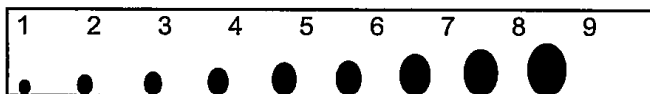
HOJA NEUROLOGICA

1005320068		
NUMERO HISTORIA		
Jhon Martinez Fuentes		
1er. Apellido Sector	2do. Apellido 2	Nombre 20
Servicio	Sala	Cama

30/11/22 07-12-22

FECHA Y HORA DEL TRAUMA				30/11/22	07-12-22	12	20	24	4			17	20	24	4	8	4	20	24	
SIGNOS VITALES				PULSO	96	95	95	96				95	95	94	96	95	95	92	93	94
				PRESION ARTERIAL	120/80	117/75	113/70	112/70	110/70	114/80	112/70	112/70	129/67	115/72	117/64	123/45	133/41	156/90	145/60	
				RESPIRACION	19	20	19	20	19	18	19	17	18	17	18	18	17	18	16	
				TEMPERATURA	36.3	36.2	36.1	36.3	36.8	36.4	37.2	37.5	37.1	36.6	36.7	37.1	36.6	36.4		
APERTURA DE OJOS	E= EDEMA PALPEBRAL	ESPONTANEO A LA VOZ	4	4	4	4							4	4	4	4	4	4	4	
			3	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1		
			2	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			1	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	
RESPUESTA VERBAL	T=TUBO ENDOTRAQUEAL TRAQ= TRAQUESTOMIA	ORIENTADA	5	5	5	5						5	5	5	5	5	5	5	5	
			4	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			3	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			2	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	
RESPUESTA MOTORA		OBEDECE ORDENES	6	6	6	6						6	6	6	6	6	6	6	6	
			5	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			4	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			3	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	
		LOCALIZA EL DOLOR	2	1	1	1	1						1	1	1	1	1	1	1	
			1	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			2	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	
			1	1	1	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1	
CALIFICACION TOTAL				15/15	15/15	15/15	15/15						15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	15/15	
PUPILAS	REACCION A LA LUZ	NORMAL = N PEREZOSA = P FIJA = F	DERECHA	TAMAÑO REACCION	3	3	3	3					3	3	3	3	3	3	3	
			IZQUIERDA	TAMAÑO REACCION	2	2	2	2					2	2	2	2	2	2	2	2
FUERZA MUSCULAR	NORMAL = N DÉBIL = D AUSENTE = A		MIEMBRO SUPERIOR	DERECHO	2	2	2	2					2	2	2	2	2	2	2	2
			IZQUIERDO	2	2	2	2					2	2	2	2	2	2	2	2	
ESTADO DE CONCIENCIA	ALERTA		1	1	1	1						1	1	1	1	1	1	1	1	1
	SOMNOLIENTO		1	1	1	1						1	1	1	1	1	1	1	1	1
	ESTUPUROSO		1	1	1	1						1	1	1	1	1	1	1	1	1
	COMATOSO		1	1	1	1						1	1	1	1	1	1	1	1	1
CONTROL DE ESFINTERES	PRESENTE		1	1	1	1						1	1	1	1	1	1	1	1	1
	AUSENTE	RETENCION INCONTINENCIA	1	1	1	1						1	1	1	1	1	1	1	1	1

TAMAÑO DE PUPILAS



RESPONSABLE

OBSERVACIONES:

MAÑANA

TARDE

NOCHE



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
HOSPITALIZACIÓN, Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**
(Otorgado en cumplimiento de la ley 23 de 1981)

Nombre del paciente: John Martinez Puentes c.c. 1005325068
Fecha: 25/11/2022 Hora: 10:52 No de H.C. 1005325068

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento a **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, para que por intermedio de médicos en ejercicio legal, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar se servicios asistenciales de la entidad, se me practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento:

V. Medica

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A. queda autorizada para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los autorizados, si en el curso de la intervención quirúrgica o del procedimiento llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, los haga aconsejables.

El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa evaluación que de mi estado de salud ha hecho a nombre de **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, el Doctor Dr. Perez R.M. _____

Con el objeto de identificar mis condiciones clínico patológicas y previa advertencia que, dicho médico me ha hecho ser conocedor, con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva el procedimiento y la intervención quirúrgica mencionada, en los términos en los cuales lo ha consignado en la historia clínica.

Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre su alcance, por parte del mismo profesional.

Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte de un médico anesestesiólogo escogido por **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, y los autorizo para utilizar el tipo de anestesia que consideren más aconsejable de acuerdo a mi condición clínico - patológica y el tipo de intervención que requiero.

He sido advertido por el Doctor Dr. Perez R.M. _____ sobre los riesgos que para mi caso comporta la aplicación de anestesia, de conformidad con la constancia que figura en la historia clínica y he recibido satisfactoriamente explicaciones al respecto, por parte del mencionado profesional.

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A., queda autorizada para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos cuyo práctica solicito.

Declaro que he sido advertido por **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, en sentido de que la práctica de la intervención quirúrgica que requiero, compromete una actividad médica de medio, pero no de resultado.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe,

1005325068

C.C. DE

C.C. DE



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
HOSPITALIZACIÓN, Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**
(Otorgado en cumplimiento de la ley 23 de 1981)

Nombre del paciente: Jhon Mortimer Puentes c.c. 1005325068

Fecha: 29.11.22 Hora: _____ No de H.C. _____

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento a **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, para que por intermedio de médicos en ejercicio legal, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar se servicios asistenciales de la entidad, se me practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento: _____

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A. queda autorizada para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los autorizados, si en el curso de la intervención quirúrgica o del procedimiento llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, los haga aconsejables.

El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa evaluación que de mi estado de salud ha hecho, a nombre de **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, el Doctor _____ R.M. _____

Con el objeto de identificar mis condiciones clínico patológicas y previa advertencia que, dicho médico me ha hecho ser conocedor, con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva el procedimiento y la intervención quirúrgica mencionada, en los términos en los cuales lo ha consignado en la historia clínica.

Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre su alcance, por parte del mismo profesional.

Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte de un médico anesestesiólogo escogido por **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, y los autorizo para utilizar el tipo de anestesia que consideren más aconsejable de acuerdo a mi condición clínico - patológica y el tipo de intervención que requiero.

He sido advertido por el Doctor _____ R.M. _____ sobre los riesgos que para mi caso comporta la aplicación de anestesia, de conformidad con lo constancia que figura en la historia clínica y he recibido satisfactoriamente explicaciones al respecto, por parte del mencionado profesional.

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A., queda autorizada para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos cuyo práctica solicito.

Declaro que he sido advertido por **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, en sentido de que la práctica de la intervención quirúrgica que requiero, comprometo una actividad médica de medio, pero no de resultado.

2. Autorizo expresamente e irrevocablemente a las personas del Equipo de Salud Hospitalario que tendrá a su cargo mi tratamiento para que me realicen terapias y procedimientos ordenados por mi médico tratante, el Doctor _____ R.M.

He sido informado en forma clara acerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias y medicamentos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos y consecuencias que puedan ocurrir de la instauración de dichos tratamientos. He comprendido el riesgo inherente a los tratamientos y procedimientos practicados por el personal de enfermería bajo las órdenes de mi médico tratante.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe,

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

C.C.

DE

Andrea Araya 
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

1005329203
C.C.

DE Floridablanca



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
HOSPITALIZACIÓN, Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**
(Otorgado en cumplimiento de la ley 23 de 1981)

Nombre del paciente: Jhon Martinez Puentes c.c. 1005325068
Fecha: 02/12/22 Hora: 10:00 No de H.C. 1005325068

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento a **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, para que por intermedio de médicos en ejercicio legal, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar se servicios asistenciales de la entidad, se me practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento:

Obstrucción intestinal

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A. queda autorizada para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los autorizados, si en el curso de la intervención quirúrgica o del procedimiento llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, los haga aconsejables.

El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa evaluación que de mi estado de salud ha hecho a nombre de **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, el Doctor R.M.

Con el objeto de identificar mis condiciones clínico patológicas y previa advertencia que, dicho médico me ha hecho ser conocedor, con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva el procedimiento y la intervención quirúrgica mencionada, en los términos en los cuales lo ha consignado en la historia clínica.

Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre su alcance, por parte del mismo profesional.

Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte de un médico anesesiólogo escogido por **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, y los autorizo para utilizar el tipo de anestesia que consideren más aconsejable de acuerdo a mi condición clínico - patológica y el tipo de intervención que requiero.

He sido advertido por el Doctor R.M. sobre los riesgos que para mi caso comporta la aplicación de anestesia, de conformidad con la constancia que figura en la historia clínica y he recibido satisfactoriamente explicaciones al respecto, por parte del mencionado profesional.

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A., queda autorizada para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos cuya práctica solicito.

Declaro que he sido advertido por **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, en sentido de que la práctica de la intervención quirúrgica que requiero, comprometa una actividad médica de medio, pero no de resultado.

2. Autorizo expresamente e irrevocablemente a las personas del Equipo de Salud Hospitalario que tendrá a su cargo mi tratamiento para que me realicen terapias y procedimientos ordenados por mi médico tratante, el Doctor [Firma] R.M. [Firma]

He sido informado en forma clara acerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias y medicamentos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos y consecuencias que puedan ocurrir de la instauración de dichos tratamientos. He comprendido el riesgo inherente a los tratamientos y procedimientos practicados por el personal de enfermería bajo las órdenes de mi médico tratante.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe,

X

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

C.C. DE.

Andrea Juliana Araya [Firma]

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

C.C. 1005329203 DE Florida Blanca

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	Fecha: 12/06/2020 Código: F-CIC- -21-03-01 Versión 1
---	--

FECHA: 29 / 11 / 22

Yo John Martinez Puente, con cédula de ciudadanía 100 532 50 68, mayor de edad, en mi propio nombre y representación y/o como padre/ madre o tutor legal de _____, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente declaro que el Dr./la Dra. _____ me ha brindado información detallada, suficiente, completa, clara, oportuna, en un lenguaje comprensible y claro sobre mi condición o enfermedad y del balance entre los beneficios y los riesgos del procedimiento clínico recomendado durante la pandemia por SARS-COV-2, otorgo al profesional indicado, para que en ejercicio legal de su profesión se me practique/ se le practique a mi representado los siguientes procedimientos:

Mismos que solicito se practiquen bajo mi entero conocimiento de:

PRIMERO: Conozco y entiendo que actualmente nos encontramos en una emergencia sanitaria global declarada como consecuencia de la pandemia del virus SARS-COV-2;

SEGUNDO: Que por lo anterior conozco, entiendo y se me ha explicado con lenguaje claro y sencillo por el profesional tratante que en la ejecución todas las actividades que impliquen contacto cercano, existe un potencial riesgo de contagio, ya que tales procedimientos pueden generar aerosoles que favorezcan la diseminación de la enfermedad, cuya aplicación puede permanecer en el aire por minutos e incluso horas aumentando la posibilidad de un eventual contagio;

TERCERO: Asimismo, he sido debidamente informado por el médico tratante que el tiempo entre la exposición al virus SARS cov2 (COVID-19) y la aparición de los primeros síntomas es extenso, y durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, pudiendo ser de igual manera altamente contagiosos, por lo que es complejo determinar efectivamente quién es portador del virus, debido a las limitaciones actuales de las pruebas diagnósticas.

CUARTO: Del mismo modo, he sido debidamente advertido y he comprendido acerca del alto riesgo de transmisión del virus SARS Cov2 (COVID-19), de la presencia de otras personas en la IPS y las características de los procedimientos, en virtud de lo cual no es posible asegurar un riesgo nulo de transmisión del virus, aun cumpliendo rigurosamente todos y cada uno de los protocolos de protección, seguridad e higiene disponibles e instaurados por la autoridad sanitaria.

QUINTO: Que el profesional tratante, previa atención me ha informado las medidas y protocolos de Bioseguridad que como paciente debo acatar y que estos son:

1. Que debo utilizar tapabocas, durante mi permanecía en áreas comunes como sala de espera y pasillos de la IPS.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	Fecha: 12/06/2020 Código: F-CIC- -21-03-01 Versión 1
--	---	--

2. Que antes de entrar a sala de cirugía debo realizar higiene de manos adecuadamente con los elementos que se me han suministrado para tal fin;
3. Permitir que al ingreso a la institución se me tome la temperatura corporal con el uso de termómetro infrarojo;
4. Mantener distancia de mínimo dos metros con otros pacientes y o personal de la IPS durante mi permanencia en la sala de espera y/o espacios comunes;
5. Previamente se me ha informado que no debo acudir usando accesorios personales, guantes y que debe tener el cabello recogido;
6. Que no debo asistir con acompañantes a menos que por mi edad o situación particular así lo requiera o asista en calidad de acudiente de persona incapaz.

SEXTO: El profesional tratante me ha informado y he comprendido sobre la aplicación de los protocolos utilizados en la intervención y en general en el consultorio para minimizar el potencial riesgo de contagio son los siguientes:

1. Que el Equipo de Protección Personal (EPP) a utilizar por el profesional tratante es: Bata larga , careta de protección larga y ancha o monogafas, Mascarilla respiratoria de alta eficiencia N95 con certificación INVIMA, gorro quirúrgico desechable y guantes desechables;
2. Que todas las piezas quirúrgicas o instrumentos a utilizar durante la intervención son desechables y los que no son serán debidamente desinfectados y esterilizados;
3. Aumento en la frecuencia de recogida de residuo biosanitario por parte de la empresa recolectora;
4. Todos los empleados igualmente realizan el protocolo de higiene de manos y se toman la temperatura periódicamente;
5. Todas las superficies que incluyen paredes, pisos, baños y mobiliario en general es desinfectado periódicamente;
6. Que cuenta con debido acceso a lavamanos con jabón y/o suministro de elementos para higiene de manos.
7. Que la recepción y el personal dispuesto en ella, respeta la debida distancia de dos metros con el paciente o en su defecto cuenta con barrera de protección.
8. Que todas Las áreas y ambientes de todos los servicios cuentan con ventilación e iluminación natural o artificial.

SEPTIMO: Que una vez informado acerca de los protocolos incluidos en el literal SEXTO del presente documento, doy fe que:

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	Fecha: 12/06/2020 Código: F-CIC- -21-03-01 Versión 1
--	---	--

1. El profesional tratante porta los EPP descrito en numeral 1 del referido literal.
2. Que la sala de espera y áreas comunes cuentan con el adecuamiento necesario para respetar la distancia de 2 mts entre otros pacientes y del personal, que estos espacios cuentan con ventilación natural y/o artificial, y que los mismos espacios cuentan con canecas de residuos biológicas para manipular con el pie.
3. Que la recepción respeta la distancia sana de dos metros con pacientes y usuarios o en su defecto cuenta con una barrera protectora.
4. Que las áreas para el lavado de manos e higiene bucal son de fácil acceso y cuentan con elementos de higiene como jabón líquido para manos, gel antibacterial así como canecas de residuos biológicas para manipular con el pie.
5. Que antes de ingresar a la IPS se me ha tomado la temperatura.

OCTAVO: Que una vez absuelto el cuestionario para establecer mi estado de salud, conocer los protocolos que como paciente debo seguir y respetar, así como los que la IPS y el profesional tratante deben observar, he verificado su total cumplimiento por parte del establecimiento y el profesional tratante y por tanto declaro que estando plenamente informado(a) del potencial RIESGO DE CONTAGIO DE COVID -19 / SARS-COV-19 , **doy mi consentimiento LIBRE DE VICIOS para que el médico tratante realice el procedimiento convenido sobre mi humanidad o en la de mi representado LIBRANDO desde ya DE RESPONSABILIDAD tanto al médico tratante como a la IPS por un posible contagio.**

NOVENO: Finalmente, el paciente declara haber entendido todas las explicaciones facilitadas en un lenguaje claro y sencillo. Ha podido manifestar todas las observaciones y le han sido aclaradas todas las dudas, de manera que se siente plenamente informado en lo que se refiere a la realización y a las posibles complicaciones del tratamiento. También ha sido informado detalladamente de otras alternativas posibles al tratamiento propuesto.

En señal de otorgamiento de mi consentimiento informado libre de vicio, se suscribe el presente:

Jhon Martinez P.
 Nombre y Firma del Paciente
 1005324203

Nombre y firma del médico tratante

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	Fecha: 12/06/2020 Código: F-CIC- -21-03-01 Versión 1
--	---	--

FECHA: 02 / Diciembre / 22

Yo Jhon Martinez puentes, con cédula de ciudadanía 1005325068, mayor de edad, en mi propio nombre y representación y/o como padre/ madre o tutor legal de _____, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente declaro que el Dr./la Dra. [Firma] me ha brindado información detallada, suficiente, completa, clara, oportuna, en un lenguaje comprensible y claro sobre mi condición o enfermedad y del balance entre los beneficios y los riesgos del procedimiento clínico recomendado durante la pandemia por SARS-COV-2, otorgo al profesional indicado, para que en ejercicio legal de su profesión se me practique/ se le practique a mi representado los siguientes procedimientos:

Mismos que solicito se practiquen bajo mi entero conocimiento de:

PRIMERO: Conozco y entiendo que actualmente nos encontramos en una emergencia sanitaria global declarada como consecuencia de la pandemia del virus SARS-COV-2;

SEGUNDO: Que por lo anterior conozco, entiendo y se me ha explicado con lenguaje claro y sencillo por el profesional tratante que en la ejecución todas las actividades que impliquen contacto cercano, existe un potencial riesgo de contagio, ya que tales procedimientos pueden generar aerosoles que favorezcan la diseminación de la enfermedad, cuya aplicación puede permanecer en el aire por minutos e incluso horas aumentando la posibilidad de un eventual contagio;

TERCERO: Asimismo, he sido debidamente informado por el médico tratante que el tiempo entre la exposición al virus SARS cov2 (COVID-19) y la aparición de los primeros síntomas es extenso, y durante el cual sus portadores pueden estar asintomáticos, pudiendo ser de igual manera altamente contagiosos, por lo que es complejo determinar efectivamente quién es portador del virus, debido a las limitaciones actuales de las pruebas diagnósticas.

CUARTO: Del mismo modo, he sido debidamente advertido y he comprendido acerca del alto riesgo de transmisión del virus SARS Cov2 (COVID-19), de la presencia de otras personas en la IPS y las características de los procedimientos, en virtud de lo cual no es posible asegurar un riesgo nulo de transmisión del virus, aun cumpliendo rigurosamente todos y cada uno de los protocolos de protección, seguridad e higiene disponibles e instaurados por la autoridad sanitaria.

QUINTO: Que el profesional tratante, previa atención me ha informado las medidas y protocolos de Bioseguridad que como paciente debo acatar y que estos son:

1. Que debo utilizar tapabocas, durante mi permanencia en áreas comunes como sala de espera y pasillos de la IPS.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	Fecha: 12/06/2020 Código: F-CIC- -21-03-01 Versión 1
--	---	--

2. Que antes de entrar a sala de cirugía debo realizar higiene de manos adecuadamente con los elementos que se me han suministrado para tal fin;
3. Permitir que al ingreso a la institución se me tome la temperatura corporal con el uso de termómetro infrarojo;
4. Mantener distancia de mínimo dos metros con otros pacientes y o personal de la IPS durante mi permanencia en la sala de espera y/o espacios comunes;
5. Previamente se me ha informado que no debo acudir usando accesorios personales, guantes y que debe tener el cabello recogido;
6. Que no debo asistir con acompañantes a menos que por mi edad o situación particular así lo requiera o asista en calidad de acudiente de persona incapaz.

SEXTO: El profesional tratante me ha informado y he comprendido sobre la aplicación de los protocolos utilizados en la intervención y en general en el consultorio para minimizar el potencial riesgo de contagio son los siguientes:

1. Que el Equipo de Protección Personal (EPP) a utilizar por el profesional tratante es: Bata larga, careta de protección larga y ancha o monogafas, Mascarilla respiratoria de alta eficiencia N95 con certificación INVIMA, gorro quirúrgico desechable y guantes desechables;
2. Que todas las piezas quirúrgicas o instrumentos a utilizar durante la intervención son desechables y los que no son serán debidamente desinfectados y esterilizados;
3. Aumento en la frecuencia de recogida de residuo biosanitario por parte de la empresa recolectora;
4. Todos los empleados igualmente realizan el protocolo de higiene de manos y se toman la temperatura periódicamente;
5. Todas las superficies que incluyen paredes, pisos, baños y mobiliario en general es desinfectado periódicamente;
6. Que cuenta con debido acceso a lavamanos con jabón y/o suministro de elementos para higiene de manos.
7. Que la recepción y el personal dispuesto en ella, respeta la debida distancia de dos metros con el paciente o en su defecto cuenta con barrera de protección.
8. Que todas Las áreas y ambientes de todos los servicios cuentan con ventilación e iluminación natural o artificial.

SEPTIMO: Que una vez informado acerca de los protocolos incluidos en el literal SEXTO del presente documento, doy fe que:

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS REALIZADOS EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2	Fecha: 12/06/2020 Código: F-CIC- -21-03-01 Versión 1
--	---	--

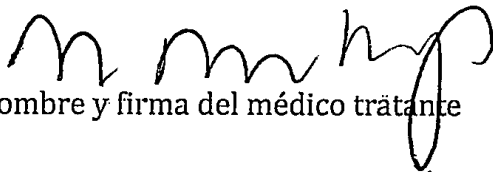
1. El profesional tratante porta los EPP descrito en numeral 1 del referido literal.
2. Que la sala de espera y áreas comunes cuentan con el adecuamiento necesario para respetar la distancia de 2 mts entre otros pacientes y del personal, que estos espacios cuentan con ventilación natural y/o artificial, y que los mismos espacios cuentan con canecas de residuos biológicas para manipular con el pie.
3. Que la recepción respeta la distancia sana de dos metros con pacientes y usuarios o en su defecto cuenta con una barrera protectora.
4. Que las áreas para el lavado de manos e higiene bucal son de fácil acceso y cuentan con elementos de higiene como jabón líquido para manos, gel antibacterial así como canecas de residuos biológicas para manipular con el pie.
5. Que antes de ingresar a la IPS se me ha tomado la temperatura.

OCTAVO: Que una vez absuelto el cuestionario para establecer mi estado de salud, conocer los protocolos que como paciente debo seguir y respetar, así como los que la IPS y el profesional tratante deben observar, he verificado su total cumplimiento por parte del establecimiento y el profesional tratante y por tanto declaro que estando plenamente informado(a) del potencial RIESGO DE CONTAGIO DE COVID -19 / SARS-COV-19 , doy mi consentimiento LIBRE DE VICIOS para que el médico tratante realice el procedimiento convenido sobre mi humanidad o en la de mi representado LIBRANDO desde ya DE RESPONSABILIDAD tanto al médico tratante como a la IPS por un posible contagio.

NOVENO: Finalmente, el paciente declara haber entendido todas las explicaciones facilitadas en un lenguaje claro y sencillo. Ha podido manifestar todas las observaciones y le han sido aclaradas todas las dudas, de manera que se siente plenamente informado en lo que se refiere a la realización y a las posibles complicaciones del tratamiento. También ha sido informado detalladamente de otras alternativas posibles al tratamiento propuesto.

En señal de otorgamiento de mi consentimiento informado libre de vicio, se suscribe el presente:

Jhon Martinez Puentes
Nombre y Firma del Paciente


Nombre y firma del médico tratante



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

HOJA PREQUIRURGICA

Nombre del paciente: Shon Martinez Puentes		Cama: 20
Fecha: 29-11-22	Peso:	No. de Historia Clínica: 1005325068
Cirujano:		

ANTES DE LLEVAR AL PACIENTE A LA SALA DE CIRUGÍA VERIFIQUE LOS SIGUIENTES ASPECTOS

ASPECTOS	SI	NO
Ayuno	/	
Se retiran joyas	/	
Se retiran prótesis	/	
Baño general	/	
Uñas sin esmalte	/	
Lleva RX	/	
Lleva EKG	/	
Eliminó	/	
Deposición	/	
Rasurado	/	
Autorización firmada	/	
Venopunción (Granula No. 18)	/	

NOTA: Si el paciente es menor de edad la autorización quirúrgica debe ir firmada por el paciente y un adulto responsable.

Maya Silu

Firma auxiliar de enfermería

VoBo Enfermera Jefe



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

HOJA PREQUIRURGICA

Nombre del paciente:	Jhon Martinez Puentes	Edad:	20
Fecha:	02/12/22	Peso:	
		No. de Historia Clínica	1005325068
Cirujano:			

ANTES DE LLEVAR AL PACIENTE A LA SALA DE CIRUGIA VERIFIQUE LOS SIGUIENTES ASPECTOS

ASPECTOS	SI	NO
Ayuno	/	
Se retiran joyas	/	
Se retiran prótesis	/	
Baño general	/	
Uñas sin esmalte	/	
Lleva RX	/	
Lleva EKG		/
Eliminó	/	
Deposición	/	
Rasurado	/	
Autorización firmada	/	
Venopunción (Granula No.)	/	

NOTA: Si el paciente es menor de edad la autorización quirúrgica debe ir firmada por el paciente y un adulto responsable

Manuela Leon

Firma auxiliar de enfermería

WJX

VoBo Enfermera Jefe

LISTA DE CHEQUEO

Por Instrucciones de la Sra. CLAUDIA JOHANNA JAIMES TELLEZ, Jefe del Departamento de Facturación se debe verificar la siguiente Lista de Chequeo y dejar la entrega de la Historia Clínica en la mayor brevedad ordenada.

Nombres y Apellidos del Paciente: Jhon Martinez puentes

No de Cedula - Tarjeta de Identidad: 1005328008 Habitación 20

Documentos - Paquete SOAT: Mondia

Fecha de Ingreso: 25/11/22 Fecha de Egreso: 10/12/22

Hoja de Medicamentos - Cantidad 18

Hoja de Suministro Oxigeno: 3

Laboratorios - Cantidad: 6

Exámenes Externos: 3

Rayos X - Cantidad: 3

Traslado Ambulancia o Bitácora - Cantidad: 3

Firma Jefe de Turno quien entrega la Historia Clínica: _____

Firma de quien recibe la Historia Clínica - Admisiones: _____

Hora: _____ 2 _____

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

SEGUROS MUNDIAL

POS-C

Registro: 0566766 Historia Clínica No: 1005325068 Empresa: 00050
Paciente: MARTINEZ PUENTES JHON
Dirección: CARRERA 13 # 16 - 24 GAITAN Teléfono: 3126495006
Dpto: SANTANDER Mpio: BUCARAMANGA
Fecha Accidente: 25/11/2022 Poliza: 8
Edad: 21 Año(s) Sexo: Masculino Fecha Nacimiento: 16/10/2001
Cédula: 1005325068 Estado civil: SOLTERO
Fecha ingreso: 25/11/2022 Hora ingreso: 20:52:35 Hora Atención: _____
Forma de arribo: Caminando Ambulancia Carro Silla de ruedas
Calidad de usuario: OTRO
Origen de la Patología: E.G. A.T.E.P SOAT MAT

Politrauma.

SEGUROS MUNDIAL

Complementario: NUEVA EPS

Acc. Transito
Ambulancia MxLO93.
Af

FIRMA ENFERMERIA

FIRMA LABORATORIO

FIRMA RADIOLOGIA

FIRMA FARMACIA

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1005325068
NOMBRES	JHON
APELLIDOS	MARTINEZ PUENTES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	BUCARAMANGA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/01/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de
Impresión:

02/07/2023
10:14:02

Estación de
origen:

192.168.70.220



La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados -- BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

**COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO**

Fecha: ENERO DE 2021

Código: F-CRP-27-04

Versión 1

DATOS DEL USUARIO

USUARIO:

Jhon Martinez Puentes

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1005325068

SERVICIO: **URGENCIAS**

EMPRESA-SOAT

Mondial

FECHA DE INGRESO

25-11-2022

FECHA DE EGRESO

D M A

SERVICIOS ASISTENCIALES RECIBIDOS

Apoyo Diagnóstico

Cirugía

Urgencias

X

Consulta Externa

Hospitalización

UCI

Otro ¿Cuál?

Declaro que las actividades señaladas en este formato fueron realizadas por

SERVICLÍNICOS DROMÉDICA S.A y firmo este formato que por fuerza mayor no fue posible emitir la factura y anexos en el momento de la salida.

Jhon Martinez

Firma y No. D.I. y/o Representante



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877 Nro: 2
Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068 Edad: 21 Sexo: M Fecha Ingreso: 26/11/2022 12:27:57
Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON
Empresa: SEGUROS MUNDIAL Seg. Comp: NUEVA EPS
Fecha Formula: 26/11/2022 Ambulatorio N Area: HOSPITALIZACION Habitación: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1378	SODIO CLORURO 0,9% BOLSA X 500 CC	SOLUCION INYECTABLE	3
3141	OMEPRAZOL X 40 MG	AMPOLLA	1
2874	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) X 10 MG/ 2ML	AMPOLLA	3
3051	CEFAZOLINA	1 G POLVO PARA RECONSTITUIR	3
2899	DICLOFENAC SODICO X 75 MG	AMPOLLA	2
420	MORFINA 10MG/ML SOLUCIÓN INYECTABLE	AMPOLLA	1

Grabo: SILVA BARCENAS MARYULY
ENFERMERA JEFE

Registro:

Maryuly Silva Barcenad

DESPACHADO
SERVICIO FARMACEUTICO
SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.



SERVICIOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.473.031

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6343122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877 Nro: 2
Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068 Edad: 21 Sexo: M Fecha Ingreso: 26/11/2022 12:27:57
Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON
Empresa: SEGUROS MUNDIAL Seg. Comp: NUEVA EPS
Fecha Formula: 26/11/2022 Ambulatorio N Area: HOSPITALIZACION Habitación: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
1519	JERINGA DESECHABLE 5CC	6
987	JERINGA DESECHABLE 10CC	4

Grabo: SILVA BARCENAS MARYULY
ENFERMERA JEFE

Registro:

Maryuly Silva Barcenal

DES-PACHADO
SERVICIO FARMACEUTICO
SERVICIOS DROMEDICA S.A.



SERVICIOS CLINICOS DROMEDICA S.A.

Calle 11 N. 27-43 Teléfo

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O LÍQUIDOS:

Registro: 2022032877

Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325088

Edad: 21 Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022 12:27:57

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 27/11/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
1378	SODIO CLORURO 0,9% BOLSA X 500 CC	3
3141	OMEPRAZOL X 40 MG	1
2874	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) X 10 MG/2ML	3
3064	CEFRADINA X1 GRAMO	4
2899	DICLOFENAC SODICO X 75 MG	2

Grabo: NAVAS PINZON YOVANA
ENFERMERA JEFE

Registro: 57-20567

SERVICIOS CLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Pagina: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877 Nro: 2
Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068 Edad: 21 Sexo: M Fecha Ingreso: 26/11/2022 12:27:57
Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON
Empresa: SEGUROS MUNDIAL Seg. Comp: NUEVA EPS
Fecha Formula: 27/11/2022 Ambulatorio N Area: HOSPITALIZACION Habitación: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
987	JERINGA DESECHABLE 10CC	4 UNIDAD
1519	JERINGA DESECHABLE 5CC	5 UNIDAD

Grabo: NAVAS PINZON YOVANA
ENFERMERA JEFE

Registro: 37720867

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPECHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022

12:27:57

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 27/11/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
76	CEFAZOLINA 1 G POLVO PARA RECONSTITUIR	3

Grabo: URQUIJO ALVARADO YESENIA
ENFERMERA JEFE

Registro: 1065884572

Yesenia Urquijo A

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SECCION FARMACEUTICO
DESPECHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Pagina: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022

12:27:57

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 27/11/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 2

Código	Nombre y forma	Cantidad
987	JERINGA DESECHABLE 10CC	3

Grabo: URQUIJO ALVARADO YESENIA
ENFERMERA JEFE

Registro: 1005884572

Yesenia Urquijo A

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 905.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022

12:27:57

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 27/11/2022

Ambulatorio

N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
818	COLLAR PHILADELFA TALLA M	1

Grabo: URQUIJO ALVARADO YESENIA
ENFERMERA JEFE

Registro: 1055564572

Yesenia Urquijo A

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Pagina: 1 de: 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21 Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022

12:27:57 p.m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 28/11/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1378	SODIO CLORURO 0,9% BOLSA X 500 CC	SOLUCION INYECTABLE	4
3141	OMEPRAZOL X 40 MG	AMPOLLA	1
2874	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) X 10 MG/ 2ML	AMPOLLA	3
2899	DICLOFENAC SODICO X 75 MG	AMPOLLA	2
76	CEFAZOLINA	1 G POLVO PARA RECONSTITUIR	4

Grabo: APONTE ALARCON LEIDY XIMENA
ENFERMERA JEFE

Registro:

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO DE ATENCION
BUCARAMANGA

Leidy Ximena A.



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 1ª N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022

12:27:57

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 28/11/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
1597	EXTENSION DE ANESTESIA EQUIPO	1

Grabo: NEIRA BALLESTEROS LUZ ENNA
ENFERMERA JEFE

Registro: 63300785

Luz Enna Neira
Ballesteros
[Signature]



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Pagina: 1 de: 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877 Nro: 2
Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068 Edad: 21 Sexo: M Fecha Ingreso: 26/11/2022 12:27:57 p.m.
Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON
Empresa: SEGUROS MUNDIAL Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 28/11/2022 Ambulatorio N Area: HOSPITALIZACION Habitación: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
741	BURETROL X 150 ML	UNIDAD	1
3464	EQUIPO DE MACROGOTEO	UNIDAD	1
987	JERINGA DESECHABLE 10CC	UNIDAD	4
1519	JERINGA DESECHABLE 5CC	UNIDAD	6

Grabo: APONTE ALARCON LEIDY XIMENA
ENFERMERA JEFE

Registro:

Leidy Ximena A.


SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de: 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022

12:27:57 p.m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 29/11/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1378	SODIO CLORURO 0,9% BOLSA X 500 CC	SOLUCION INYECTABLE	3
3141	OMEPRAZOL X 40 MG	AMPOLLA	1
2874	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) X 10 MG/ 2ML	AMPOLLA	3
2899	DICLOFENAC SODICO X 75 MG	AMPOLLA	2
3051	CEFAZOLINA	1 G POLVO PARA RECONSTITUIR	4

Grabo: GUIZA RIVERA HILDA YORLEN
ENFERMERA JEFE

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESP. CHADO

Hilda Y. Guiza



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022

12:27:57 p.m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 29/11/2022

Ambulatorio

N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
3064	CEFRADINA X1 GRAMO AMPOLLA	4

Grabo: GUIZA RIVERA HILDA YORLEN
ENFERMERA JEFE

Registro: 28033831

Hilda Y. Guiza

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21 Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022

12:27:57 p.m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 29/11/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
987	JERINGA DESECHABLE 10CC	UNIDAD	40
1519	JERINGA DESECHABLE 5CC	UNIDAD	6

Grabo: GUIZA RIVERA HILDA YORLEN
ENFERMERA JEFE

Registro: 28033831

Hilda Y. Guiza

CLM
SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de: 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877 Nro: 2
Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068 Edad: 21 Sexo: M Fecha Ingreso: 26/11/2022 12:27:57
Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON
Empresa: SEGUROS MUNDIAL Seq. Comp: NUEVA EPS
Fecha Formula: 29/11/2022 Ambulatorio N Area: HOSPITALIZACION Habitacion: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
1591	VENDAJE ELASTICO 5/5	2
	UNIDAD	

Grabo: NEIRA BALLESTEROS LUZ ENNA
ENFERMERA JEFE

Registro: 63300765

Luz Enna Neri
Ballesteros
[Signature]

DESPACHADO
SERVICIO FARMACEUTICO
SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
CLM



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4
Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122
Bucaramanga



Página: 1 de 1

SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877 Nro: 2
Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068 Edad: 21 Sexo: M Fecha Ingreso: 26/11/2022 12:27:57 p. m.
Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON
Empresa: SEGUROS MUNDIAL Seg. Comp: NUEVA EPS
Fecha Formula: 30/11/2022 Ambulatorio N Area: HOSPITALIZACION Habitacion: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
1378	SODIO CLORURO 0,9% BOLSA X 500 CC	3
2886	OMEPRAZOL 20 MG	1
2874	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) X 10 MG/ 2ML	3
2899	DICLOFENAC SODICO X 75 MG	2
3064	CEFADINA X1 GRAMO	4

Grabo: SILVA BARCENAS MARYULY
ENFERMERA JEFE

Registro: 2022032877
SERVICIO FARMACEUTICO
SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Maryuly Silva Barcenás



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022

12:27:57 p. m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 30/11/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1519	JERINGA DESECHABLE 5CC	UNIDAD	5
987	JERINGA DESECHABLE 10CC	UNIDAD	4

Grabo: SILVA BARCENAS MARYULY
ENFERMERA JEFE

Registro:

Maryuly Silva Barcenaz

DESPECIADO
SERVICIO FARMACEUTICO
SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Pagina: 1 de: 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21 Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022

12:27:57 p. m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 01/12/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

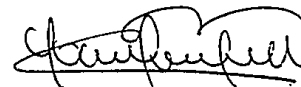
Habitacion: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1378	SODIO CLORURO 0,9% BOLSA X 500 CC	SOLUCION INYECTABLE	3
2886	OMEPRAZOL 20 MG	CAPSULA	1
2874	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) X 10 MG/ 2ML	AMPOLLA	3
3064	CEFRADINA X1 GRAMO	AMPOLLA	4
2899	DICLOFENAC SODICO X 75 MG	AMPOLLA	2

Grabo: NAVAS PINZON YOVANA
ENFERMERA JEFE

Registro: 37720667


SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO





SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de: 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022

12:27:57 p. m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 01/12/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1593	BURÉTROL X 150 ML	UNIDAD	1
3464	EQUIPO DE MACROGOTEO	UNIDAD	1
1597	EXTENSION DE ANESTESIA	EQUIPO	1
732	BRANULA 20	UNIDAD	1
987	JERINGA DESECHABLE 10CC	UNIDAD	4
1519	JERINGA DESECHABLE 5CC	UNIDAD	5

Grabo: NAVAS PINZON YOVANA
ENFERMERA JEFE

Registro: 37720667


SERVICIOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPECHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga



Página: 1 de 1

SOLICITUD MEDICAMENTOS/O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325088

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022

12:27:57

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 01/12/2022

Ambulatorio

N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
3051	CEFAZOLINA	3
	1 G POLVO PARA RECONSTITUIR	

Grabo: GUIZA RIVERA HILDA YORLEN
ENFERMERA JEFE

Registro: 28033851

Hilda Y. Guiza

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACIA
DE



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS E INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022

12:27:57

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 01/12/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
987	JERINGA DESECHABLE 10CC	3
UNIDAD		

Grabo: GUIZA RIVERA HILDA YORLEN
ENFERMERA JEFE

Registro: 28033831

Hilda Y. Guiza

SERVICLINICO S.A.
SERVICIO F
DES



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022

12:27:57 p.m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 02/12/2022

Ambulatorio

N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1378	SODIO CLORURO 0,9% BOLSA X 500 CC	SOLUCION INYECTABLE	3
2886	OMEPRAZOL 20 MG	CAPSULA	1
2874	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) X 10 MG/ 2ML	AMPOLLA	3
76	CEFAZOLINA	1 G POLVO PARA RECONSTITUIR	4
2899	DICLOFENAC SODICO X 75 MG	AMPOLLA	2

Grabo: APONTE ALARCON LEIDY XIMENA
ENFERMERA JEFE

Registro: .

Leidy Ximena A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DROMEDICA S.A.
CLM



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de: 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 2

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 26/11/2022

12:27:57 p.m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 02/12/2022

Ambulatorio

N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
987	JERINGA DESECHABLE 10CC	4
1519	JERINGA DESECHABLE 5CC	5

Grabo: APONTE ALARCON LEIDY XIMENA
ENFERMERA JEFE

Registro: .

Leidy Ximena A.

RECIBO FARMACEUTICO
SERVICIOS DROMEDICA S.A.
ESPACHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 4

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 02/12/2022

3:04:36 p. m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 03/12/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1378	SODIO CLORURO 0,9% BOLSA X 500 CC	SOLUCION INYECTABLE	4
2886	OMEPRAZOL 20 MG	CAPSULA	1
2899	DICLOFENAC SODICO X 75 MG	AMPOLLA	2
3051	CEFAZOLINA	1 G POLVO PARA RECONSTITUIR	4

Grabo: SILVA BARCENAS MARYULY
ENFERMERA JEFE

Registro:

Maryuly Silva Barcenás

CLM
SERVICIOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DEPARTAMENTO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Pagina: 1 de: 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 4

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21 Sexo: M

Fecha Ingreso: 02/12/2022

3:04:36 p. m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 03/12/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
1519	JERINGA DESECHABLE 5CC	2

Grabo: SILVA BARCENAS MARYULY
ENFERMERA JEFE

Registro: .

Maryuly Silva Barcenaz


SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACIA
DESPA



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4
Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122
Bucaramanga



Paging: 1 de 1

SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877 Nro: 4
Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068 Edad: 21 Sexo: M Fecha Ingreso: 02/12/2022 03:04:36 p.m.
Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON
Empresa: SEGUROS MUNDIAL Seg. Comp: NUEVA EPS
Fecha Formula: 04/12/2022 Ambulatorio N Area: HOSPITALIZACION Habitacion: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1378	SODIO CLORURO 0,9% BOLSA X 500 CC	SOLUCION INYECTABLE	4
2886	OMEPRAZOL 20 MG	CAPSULA	1
2899	DICLOFENAC SODICO X 75 MG	AMPOLLA	2
3064	CEFRADINA X1 GRAMO	AMPOLLA	4

Grabo: GUIZA RIVERA HILDA YORLEN
ENFERMERA JEFE

Registro: 28933631

Hilda Y. Guiza

CLM
SERVICIOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877 Nro: 4

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21 Sexo: M

Fecha Ingreso: 02/12/2022 03:04:36 p.m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 04/12/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
987	JERINGA DESECHABLE 10CC	UNIDAD	4
1519	JERINGA DESECHABLE 5CC	UNIDAD	2

Grabo: GUIZA RIVERA HILDA YORLEN
ENFERMERA JEFE

Registro: 28033831

Hilda Y. Guiza

CLM
SERVICIOS CLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Pagina: 1 de: 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 4

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21 Sexo: M

Fecha Ingreso: 02/12/2022

15:04:36

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seq. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 04/12/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
2963	TRAMADOL CLORHIDRATO X 100 MG/ML	4

Grabo: URQUIJO ALVARADO YESENIA
ENFERMERA JEFE

Registro: 1065884572

Yesenia Urquijo A

CLM
SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



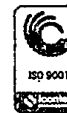
SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de: 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877 Nro: 4

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21 Sexo: M

Fecha Ingreso: 02/12/2022 3:04:36 p. m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 05/12/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1378	SODIO CLORURO 0,9% BOLSA X 500 CC	SOLUCION INYECTABLE	3
2886	OMEPRAZOL 20 MG	CAPSULA	1
3064	CEFRADINA X1 GRAMO	AMPOLLA	4
2899	DICLOFENAC SODICO X 75 MG	AMPOLLA	2
2963	TRAMADOL CLORHIDRATO X 100 MG/ML	AMPOLLA	4

Grabo: APONTE ALARCON LEIDY XIMENA
ENFERMERA JEFE

Registro:

Leidy Ximena A.


SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



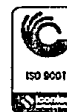
SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Pagina: 1 de: 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877 Nro: 4
Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068 Edad: 21 Sexo: M Fecha Ingreso: 02/12/2022 3:04:36 p. m.
Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON
Empresa: SEGUROS MUNDIAL Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 05/12/2022 Ambulatorio N Area: HOSPITALIZACION Habitación: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1519	JERINGA DESECHABLE 5CC	UNIDAD	6
987	JERINGA DESECHABLE 10CC	UNIDAD	4

Grabo: APONTE ALARCON LEIDY XIMENA
ENFERMERA JEFE

Registro:

Leidy Ximena A.


SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877 Nro: 4
Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068 Edad: 21 Sexo: M Fecha Ingreso: 02/12/2022 15:04:36
Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON
Empresa: SEGUROS MUNDIAL Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 05/12/2022 Ambulatorio N Area: HOSPITALIZACION Habituacion: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
733	BRANULA 22 UNIDAD	1

Grabo: REYES ALVAREZ ADRIANA MARIA
ENFERMERA JEFE

Registro: RUN 09343

Adriana Reyes
Enfermera Jefe
RUN 09343

CLM
SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga



Pagina: 1 de: 1

SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 4

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21 Sexo: M

Fecha Ingreso: 02/12/2022

3:04:36 p. m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 06/12/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1378	SODIO CLORURO 0,9% BOLSA X 500 CC	SOLUCION INYECTABLE	3
2886	OMEPRAZOL 20 MG	CAPSULA	1
3064	CEFRADINA X1 GRAMO	AMPOLLA	4
2899	DICLOFENAC SODICO X 75 MG	AMPOLLA	2
2963	TRAMADOL CLORHIDRATO X 100 MG/ML	AMPOLLA	3

Grabo: NAVAS PINZON YOVANA
ENFERMERA JEFE

Registro: 37720667

CLM
SERVICIOS CLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



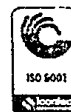
SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de: 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 4

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21 Sexo: M

Fecha Ingreso: 02/12/2022

3:04:36 p. m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 06/12/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1566	BRANULA 18	UNIDAD	1
1569	BRANULA 20	UNIDAD	1
3464	EQUIPO DE MACROGOTEO	UNIDAD	1
1593	BURETROL X 150 ML	UNIDAD	1
1597	EXTENSION DE ANESTESIA	EQUIPO	1
987	JERINGA DESECHABLE 10CC	UNIDAD	4
1519	JERINGA DESECHABLE 5CC	UNIDAD	5

Grabo: NAVAS PINZON YOVANA
ENFERMERA JEFE

Registro: 37720667

GLM
SERVICIOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPECHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 4

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 02/12/2022

15:04:36

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 07/12/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1378	SODIO CLORURO 0,9% BOLSA X 500 CC	SOLUCION INYECTABLE	3
2886	OMEPRAZOL 20 MG	CAPSULA	1
3064	CEFTRADINA X1 GRAMO	AMPOLLA	4
2899	DICLOFENAC SODICO X 75 MG	AMPOLLA	2
2963	TRAMADOL CLORHIDRATO X 100 MG/ML	AMPOLLA	3

Grabo: SILVA BARCENAS MARYULY
ENFERMERA JEFE

Registro: .

Maryuly Silva Barcenal

DESPACHADO
SERVICIO FARMACEUTICO
SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.





SERVICIOS CLÍNICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877 Nro: 4
Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068 Edad: 21 Sexo: M Fecha Ingreso: 02/12/2022 15:04:36
Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON
Empresa: SEGUROS MUNDIAL Seg. Comp: NUEVA EPS
Fecha Formula: 07/12/2022 Ambulatorio N Area: HOSPITALIZACION Habitación: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
1522	JERINGA DESECHABLE 20CC	4
1518	JERINGA 3CC	5

Grabo: SILVA BARCENAS MARYULY
ENFERMERA JEFE

Registro:

Maryuly Silva Barcenás

DESPACHADO
SERVICIO FARMACEUTICO
SERVICIOS CLINICOS DROMEDICA S.A.



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de: 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 4

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21 Sexo: M

Fecha Ingreso: 02/12/2022

03:04:36 p.m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 08/12/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1378	SODIO CLORURO 0,9% BOLSA X 500 CC	SOLUCION INYECTABLE	3
3064	CEFRADINA X1 GRAMO	AMPOLLA	4
2886	OMEPRAZOL 20 MG	CAPSULA	1
2899	DICLOFENAC SODICO X 75 MG	AMPOLLA	2
2963	TRAMADOL CLORHIDRATO X 100 MG/ML	AMPOLLA	3

Grabo: GUIZA RIVERA HILDA YORLEN
ENFERMERA JEFE

Registro: 28033831

Hilda Y. Guiza



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122
Bucaramanga



Pagina: 1 de: 1

SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877 Nro: 4
Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068 Edad: 21 Sexo: M Fecha Ingreso: 02/12/2022 03:04:36 p.m.
Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON
Empresa: SEGUROS MUNDIAL Seq. Comp: NUEVA EPS
Fecha Formula: 08/12/2022 Ambulatorio N Área: HOSPITALIZACION Habitación: 20

Código	Nombre y forma	Unidad	Cantidad
987	JERINGA DESECHABLE 10CC	UNIDAD	4
1519	JERINGA DESECHABLE 5CC	UNIDAD	5

Grabo: GUIZA RIVERA HILDA YORLEN
ENFERMERA JEFE

Registro: 28033831

Hilda Y. Guiza


SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHA



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS Ò INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 4

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 02/12/2022

15:04:36

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 09/12/2022

Ambulatorio

N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
1335	VENDAJE ELASTICO 4/5	1
	UNIDAD	

Grabo: NEIRA BALLESTEROS LUZ ENNA
ENFERMERA JEFE

Registro: 63300765

Luz Enna Neira
Ballesteros
Jefe Enfermería

CLM
SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4
Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122
Bucaramanga

Página: 1 de: 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877 Nro: 4
Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068 Edad: 21 Sexo: M Fecha Ingreso: 02/12/2022 15:04:36
Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON
Empresa: SEGUROS MUNDIAL Seg. Comp: NUEVA EPS
Fecha Formula: 09/12/2022 Ambulatorio N Area: HOSPITALIZACION Habitación: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1378	SODIO CLORURO 0,9% BOLSA X 500 CC	SOLUCION INYECTABLE	4
74	CEFRADINA X 1 GRAMO AMPOLLA	UNIDAD	4
3658	ESOMEPRAZOL X 20 MG	CAPSULA	1
2899	DICLOFENAC SODICO X 75 MG	AMPOLLA	2
2963	TRAMADOL CLORHIDRATO X 100 MG/ML	AMPOLLA	3

Grabo: NAVAS PINZON YOVANA
ENFERMERA JEFE

Registro: 37720667

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Pagina: 1 de: 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 4

Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21 Sexo: M

Fecha Ingreso: 02/12/2022

15:04:36

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 09/12/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1519	JERINGA DESECHABLE 5CC	UNIDAD	5
987	JERINGA DESECHABLE 10CC	UNIDAD	4

Grabo: NAVAS PINZON YOVANA
ENFERMERA JEFE

Registro: 37720667

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877 Nro: 4
Tipo: CC Nro Identidad: 1005325068 Edad: 21 Sexo: M Fecha Ingreso: 02/12/2022 3:04:36 p. m.
Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON
Empresa: SEGUROS MUNDIAL Seg. Comp: NUEVA EPS
Fecha Formula: 10/12/2022 Ambulatorio N Area: HOSPITALIZACION Habitación: 20

Código	Nombre y forma		Cantidad
1378	SODIO CLORURO 0,9% BOLSA X 500 CC	SOLUCION INYECTABLE	3
3064	CEFRADINA X1 GRAMO	AMPOLLA	4
2886	OMEPRAZOL 20 MG	CAPSULA	1
2899	DICLOFENAC SODICO X 75 MG	AMPOLLA	2
2963	TRAMADOL CLORHIDRATO X 100 MG/ML	AMPOLLA	3

Grabo: SILVA BARCENAS MARYULY
ENFERMERA JEFE

Registro:

Maryuly Silva Barcenás

CLM
SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPEGUADO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

Nit: 900.073.081-4

Calle 11 N. 27-48 Teléfono: 6345122

Bucaramanga

Página: 1 de 1



SOLICITUD MEDICAMENTOS O INSUMOS:

Registro: 2022032877

Nro: 4

Tipo: CC

Nro Identidad: 1005325068

Edad: 21

Sexo: M

Fecha Ingreso: 02/12/2022

3:04:36 p. m.

Nombre: MARTINEZ PUENTES JHON

Empresa: SEGUROS MUNDIAL

Seg. Comp: NUEVA EPS

Fecha Formula: 10/12/2022

Ambulatorio N

Area: HOSPITALIZACION

Habitacion: 20

Código	Nombre y forma	Cantidad
1519	JERINGA DESECHABLE 5CC	5

Grabo: SILVA BARCENAS MARYULY
ENFERMERA JEFE

Registro:

Maryuly Silva Barcenaz

CLM
SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.
SERVICIO FARMACEUTICO
DESPACHADO



SERVICIOS CLINICOS DROMEDICA S.A.

REGISTRO MEDICAMENTOS

EMPRESA: Mondial FECHA: 25-11-27.
NOMBRE: Jhan Martinez Puentes C.C: 1005325068 HABITACIÓN: 019
URGENCIAS ☒ HOSPITALIZACION ☐ UCI ☐ CIRUGIA ☐

MEDICAMENTO	DÍA				NOCHE	
Branuila #18 (2) Branuila #20 (2). Buvexol.					21:00	
					21:00	
					21:00	
macrogotas. Pasco oring Cabestrillo.					21:00.	
					21:00.	
					21:30.	
Vendaje elastico 4/5 (3) Vendaje Algodon 4/5 (3) Vendaje yeso 4/5 (3).					22:30	
					22:30	
					22:30.	
Solucion Salina 500cc Pasar 60cc/h.						
					21:00.	05:00
Omeprazol amp 40mg Jeringa 3cc.					06:00	
					06:00	
Metoclopramida amp 10mg Jeringa 3cc.					21:30	
					21:30	
Diclofenac amp 75mg. Jeringa 3cc.					21:30	
					21:30.	
Toxide tetanica 0.5ml Jeringa 3cc						02:00
						2:00.
Cefadina amp 1gr Jeringa 3cc.						2:00. NO
						2:00 UNO
FIRMA DÍA						
FIRMA NOCHE					Wendy P.	

EMPRESA: Mundial FECHA: 26 Nov 22
NOMBRE: Shon Martinez Puentes C.C.: 1008828068 HABITACIÓN: _____
URGENCIAS ☒ HOSPITALIZACION ☐ UCI ☐ CIRUGIA ☐

FBI-57-12



EMPRESA: Prodel FECHA: 26/11/22
NOMBRE: Jhon Mardina Puente C.C.: 1005325067 HABITACIÓN: 20
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACION ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐

FBI-457-52



SERVICIOS CLINICOS DROMEDICA S.A

REGISTRO MEDICAMENTOS

EMPRESA: Alameda FECHA: 21-11-2022
NOMBRE: Monica J. J. J. C.C.: 1005328068 HABITACIÓN: 20
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACIÓN ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐

MEDICAMENTO	DÍA	NOCHE
<u>SOLUCION SARCOSIL 1000</u> <u>9 60cc</u>	<u>8</u>	<u>18</u>
<u>over piazol x 10</u> <u>u.b. 1 cup</u>	<u>1</u>	<u>06</u>
<u>metoprolol x 10</u> <u>u.b. 1 cup</u>	<u>12</u>	<u>06</u>
<u>metoprolol x 10</u> <u>u.b. 1 cup</u>	<u>12</u>	<u>04</u>
<u>cefazolin x 10</u> <u>u.b. 1 cup</u>	<u>8</u>	<u>14</u>
<u>diclofenaco x 75</u> <u>1 cup</u>	<u>8</u>	<u>14</u>
<u>metoprolol x 10</u> <u>3 u.b. 5/10</u>	<u>10</u>	<u>22</u>
<u>cefazolin x 10</u> <u>1 cup</u>	<u>12</u>	<u>24</u>
<u>cefazolin x 10</u> <u>1 cup</u>	<u>12</u>	<u>24</u>
FIRMA DÍA	<u>[Signature]</u>	<u>[Signature]</u>
FIRMA NOCHE		



SERVICIOS CLINICOS DROMEDICA S.A

REGISTRO MEDICAMENTOS

EMPRESA: Manchal FECHA: 28/11/22
 NOMBRE: Jhon Mauricio Puente C.C.: 100532506 HABITACIÓN: 20
 URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACIÓN ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐

MEDICAMENTO	DÍA			NOCHE		
SSA 500mg x 500mg 60-4hr	12		18	24		8
Oneptol x 400mg x 2l 1mg c 12hr						06
1mg 5r						06
Meloxicam x 100mg x 2l 1mg c 12hr	12			20	04	
1mg 5r	12			20	04	
Diclofenac x 50mg x 2l 1mg c 12hr	10			22		
1mg 5r	10			22		
Cefprozil x 500mg x 2l 1mg c 12hr	12		18	24		06
1mg 5r	12		18	24		06
Extremadestom + ① Burel x 100mg ① egto mungoto + ①	12					
	12					
	12					
FIRMA DÍA	Achier					
FIRMA NOCHE				Achier		



EMPRESA: medica FECHA: 30/11/2022
NOMBRE: centro de estudios C.C.: 1005325068 HABITACIÓN: 20
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACIÓN ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐

FPM-47-73



SERVICIOS DROMEDICA S.A.

REGISTRO MEDICAMENTOS

EMPRESA: Seguros mundial FECHA: 01/12/22
NOMBRE: John Martinez Puentes C.C.: 1005325068 HABITACIÓN: 20
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACION ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐

MEDICAMENTO	DÍA			NOCHE	
Solucion Salina Bolsa + 500cc a 60 cc/hr	08		17	03	
Omeprazol tableta + 20mg 1 tableta c/ 24 hrs					06
Metoclopramida ampolla x 10mg 2 ampolla c/		12		20	04
Jeringa de 5 cc		12		20	04
Diclofenaco ampolla x 75mg 1 ampolla c/		10		22	
Jeringa de 5 cc		10		22	
Equipo de macrogoteo #7 Branula #20 #7 Buretrol x 150 ml #7			18 *		
			18 *		
			18 *		
Cefazolina ampolla x 7g 2 ampolla c/ 6 hrs Jeringa de 10cc				20	02
				20	02
FIRMA DÍA	Ulirana Ochoa				
FIRMA NOCHE				Ulirana Ochoa	



SERVICIOS DROMEDICA S.A.

REGISTRO MEDICAMENTOS

EMPRESA: S. Mundial FECHA: 02 Diciembre 2022
NOMBRE: Jhon Martinez Puente C.C.: 1005325068 HABITACIÓN: _____
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACIÓN ☐ UCI ☐ CIRUGIA ☒

MEDICAMENTO	DÍA	NOCHE
lactato x500 cc	9/00	
Ext anestesia 12	9/00	
llave de 3 vías 12	9/00	
electrodos 1-6	10/20	
SSNX 500 cc = 2	11/00	
SSN 250 cc = 2	11/00	
Tapabocas 1	9/00	
canula nasal 1-7		
Fentanilo = 2cc	10/30	
Jerg 5 cc	10/30	
Hydralazina = 2cc	10/30	
Jerg 5 cc	10/30	
Propofol x 20 cc = 1	10/30	
Jerg 20 cc	10/30	
Roarunido = 3cc	10/30	
Jerg 5 cc	10/30	
Sawier = 60 cc	10/30	
Filtro Hemo = 1	10/30	
FIRMA DÍA	Son 19	
FIRMA NOCHE		

F005325068



24

MEDICAMENTO	DÍA	NOCHE
Tubo # 212 = 2	10/30	-
Algodón laminado 4x5 = 5		
V. elasticas 4x8 = 5		
Diopemas 25 hg Jeng 1cc	11/20	
Dexglucosus 8 mg Jeng 10cc	11/20	
Dipirona 25 gr Jeng 10cc	11/20	
FIRMA DÍA	Santi	
FIRMA NOCHE		

FBI-LS-43



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A

REGISTRO MEDICAMENTOS

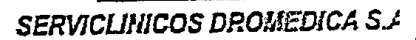
EMPRESA: Mondial FECHA: 02-12-22
NOMBRE: Thon Martinez Puentay C.C. 10532508 HABITACIÓN 20
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACION ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐

MEDICAMENTO	DIA			NOCHE		
Solucion salina x 500cc / 60 cc x hora E.V.		10.				
Omeprazol x 20mg. 1 capsula c/ 24 horas V.O.					06	
Eretoclopramida x 20mg. 1 ampolla c/ 8 horas 1 jeringa 5cc E.V.	12					
Ceftriaxona x 1 gramo. 1 ampolla c/ 6 horas 1 jeringa 20cc E.V.	12					
Diclofenaco x 75mg 1 ampolla c/ 12 horas 1 jeringa 5cc E.V.	10		22			
Cefazolin x 1 gramo. 1 ampolla c/ 6 horas 1 jeringa 20cc E.V.	10		22			
	12	18		24	06	
	12	18		24	06	
FIRMA DIA	Blancajano					
FIRMA NOCHE				Arocarajano		



EMPRESA: Unidad FECHA: 3 12 2022
NOMBRE: Maya Martinez Perez C.C.: 1005325068 HABITACIÓN: 20
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACIÓN ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐

File # 44-3886



EMPRESA: Mundial FECHA: 4.12.22
NOMBRE: Jhon Martinez puentes C.C.: 1005325068 HABITACIÓN: 20
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACION ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐

FBI-44-38861-100



EMPRESA: Seguros mendia FECHA: 05-12-22
NOMBRE: Ther martinez Puente C.C.: 1005325068 HABITACIÓN: 70
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACIÓN ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐

FBI-57-37



EMPRESA:

media

FECHA:

6-12-2022

NOMBRE

mother parents

C.C:

1005375068

HABITACIÓN:

20

URGENCIAS

□

HOSPITALIZACION

☒

UCI

4

CIRUGIA

7

FAU-57-33.



SERVICIOS CLINICOS DROMEDICA SA

REGISTRO MEDICAMENTOS

EMPRESA: Pharmatol. FECHA: 7/12/22
NOMBRE: Jhon Martinez Puente C.C.: 1001325068 HABITACIÓN: 20
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACION ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐

MEDICAMENTO	DÍA			NOCHE	
SSA 2.9710x 500m	12		18	21	26
60.1m.					
Onaprid x 20mg 10					06
2tbl c/24h.					
Cefradina x 1gr 21	8	14		20	02
1tbl c/12hr.					
1 - ingo 20m.	8	14		20	02
Diclofenaco x 75mg 21	10			22	
1tbl c/12hr.					
1 - ingo 3m.	10			22	
Tramadol x 100mg 21	8			20	02
1tbl c/12hr.					
1 - ingo 3m.	8			20	02
FIRMA DÍA	Adrián Vh				
FIRMA NOCHE				Adrián Vh	

F-001547-03



EMPRESA: Seguros mundial FECHA: 08/12/22
NOMBRE: Don martinez puentes C.C.: 1005325068 HABITACIÓN: 20
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACION ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐

F-74-307-42



EMPRESA: Uocexco

FECHA:

2202 21-6

NO MORE SECRETARY REPORTS

CC.

HABITACIÓN

URGENCIAS

HOSPITALIZACION

UCI

CIRUGIA

MEDICAMENTO	DIA	NOCHE
Solution Salina X 500 c60c	8	17
Espindino x/buco 1cup 1/c16	8	
-Lampola	8	
Omeprazol x 500 uib 00 d19		
Diclofenaco x 75uib 1cup. 1/c17	10	
Jeringas	10	
Isoniazid. x 100uib 1cup 1/c 1/8 lles	9	
Jeringas -	9	
Vendaje elastico de 4XS #1	12	
FIRMA DIA	Turited	Turited
FIRMA NOCHE		



EMPRESA: Seguros Mundis FECHA: 10-12-2022
NOMBRE: Jhon Martinez Puentes C.C. 1005325069 HABITACIÓN: 20
URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACION ☒ UCI ☐ CIRUGIA ☐

MEDICAMENTO	DÍA	NOCHE
SOLUCION Selina Norma x 500cc 60cc/H.	09.	17
Piclofenaco x 75 MG. LAMP. 12/H.	10	
Jeringas Iramadol x 100 MG. LAMP. C 8/H.	09	17
Jeringas	09.	17
FIRMA DÍA	Maria Perez	
FIRMA NOCHE		

535-27-2



FORMATO DE VERIFICACION DE TRASLADO ENTRE SERVICIOS DE ENFERMERIA

Fecha: **NOVIEMBRE DEL 2021**
Código: **F-VTS-02-54**
Versión: **3**

NOMBRE: Martinez puentes jhon
SERVICIO: **URGENCIAS**

N. IDENTIFICACIÓN: 1005329068 EDAD: 27
SEGURO: mandates

	TRASLADADO 1	TRASLADADO 2	TRASLADADO 3	TRASLADADO 4	TRASLADADO 5	TRASLADADO 6
FECHA en que se realiza el traslado	15	02	23			
HORA en que se realiza el traslado						
Servicio de ORIGEN del paciente						
Servicio de DESTINO del paciente	URGENCIAS					
ACTIVIDADES						
Entrega personal o por teléfono	x					
Adecuada condición higiénica del paciente	x					
Piel sin lesiones	x					
Dispositivos marcados y desocupados						
Dispositivos alojados, bien fijados y marcados						
VNP___ CVC___ SONDAS___						
DRENES___ OTROS___						
INFUSIONES ROTULADAS:						
DOSIS___						
Venopunción permeable. Branula N. ___						
Entrega de prótesis dental						
Soporte oxígeno						
Traslado con monitoria						
Entrega de copia del formato custodia de elementos del pacientes						
Acompañante nombre						
Parentesco						
Brazalete de identificación y riesgo						
Lleva historia clínica en físico						
Placas e imágenes radiológicas-CD						
Reportes de laboratorios						
Medicamentos que trae de casa						
Interconsultas pendientes						
Reporte de exámenes pendientes, cuales						
Exámenes pendientes a realizar, cuales						
NOMBRE DE QUIEN ENTREGA	Juan	Uribe				
NOMBRE DE QUIEN TRASLADA						
NOMBRE DE QUIEN RECIBE						



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS
HOSPITALIZACIÓN, Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**
(Otorgado en cumplimiento de la ley 23 de 1981)

Nombre del paciente MARTIN Z PUENTES JHON C.C. 7605375069
Fecha: 18/02/73 Hora: _____ No de H.C. 1005375069

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento a **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, para que por intermedio de médicos en ejercicio legal, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar se servicios asistenciales de la entidad, se me practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento: _____

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A. queda autorizada para llevar a cabo igualmente la práctica de conducias o procedimientos médicos adicionales a los autorizados, si en el curso de la intervención quirúrgica o del procedimiento llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, los haga aconsejables.

El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa evaluación que de mi estado de salud ha hecho _____

Doctor: Dr. Daniel J. Gil Sierra R.M. 1098801636
Con el objeto de identificar mis condiciones clínicas patológicas y previa advertencia que, dicho médico me ha hecho ser conocedor, con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva el procedimiento y la intervención quirúrgica mencionada, en los términos en los cuales lo ha consignado en la historia clínica.

Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre su alcance, por parte del mismo profesional. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte de un médico anesthesiologo escogido por **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, y los autorizo para utilizar el tipo de anestesia que consideren más aconsejable de acuerdo a mi condición clínica, patológica y el tipo de intervención que requiero

He sido advertido por el Doctor Dr. Daniel J. Gil Sierra R.M. 1098801636 sobre los riesgos que para mi caso comporta la aplicación de anestesia, de conformidad con la constancia que figura en la historia clínica y he recibido satisfactoriamente explicaciones al respecto, por parte del mencionado profesional.

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A., queda autorizada para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos cuyo práctica solicito.

Declaro que he sido advertido por **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, en sentido de que la práctica de la intervención quirúrgica que requiero, compromete una actividad médica de medio, pero no de resultado.

2. Autorizo expresamente e irrevocablemente a las personas del Equipo de Salud Hospitalario que tendrá a su cargo mi tratamiento para que me realicen terapias y procedimientos ordenados por mi médico tratante, el Doctor Dr. Daniel J. Gil Sierra R.M. 1098801636

He sido informado en forma clara acerca de la naturaleza y propósito del tratamiento, de las sustancias y medicamentos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos y consecuencias que puedan ocurrir de la instauración de dichos tratamientos. He comprendido el riesgo inherente a los tratamientos y procedimientos practicados por el personal de enfermería bajo las órdenes de mi médico tratante.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe,

Jhon Martinez P.
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

1005325068
C.C. DE

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

C.C. DE

**COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO**

Fecha: Octubre de 2021

Código: F-CRP-27-04

Versión 1

DATOS DEL USUARIO

USUARIO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

SERVICIO: **URGENCIAS**

IMPRESA:

FECHA DE INGRESO

FECHA DE EGRESO

D 15 M 02 2023

D 15 M 02 A 2023

SERVICIOS ASISTENCIALES RECIBIDOS

Apoyo Diagnóstico

☐

Cirugía

☐

Urgencia

☒

Consulta Externa

☐

Hospitalización

☐

UCI

☐

Otro ¿Cuál?

Declaro que las actividades señaladas en este formato fueron realizadas por
SERVICLÍNICOS DROMÉDICA S.A y firmo este formato que por fuerza mayor no fue posible emitir
la factura y anexos en el momento de la salida.

Firma y No. D.I. y/o Representante



Resolución 01915 28 de MAY 2008
REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS
CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.
PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS

paq. Original

15-02-23

0566766
0572975

Fecha Radicación: _____ RG: NO No. Radicado: _____
o Radicado anterior: _____ Factura: _____

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: SERVICLINICOS DROMEDICA S.A. Nit: 900.073.081-4
Código Habilit.: 680010290101

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

Primer apellido: MARTINEZ 2do apellido: PUENTES
Primer nombre : JHON. 2do nombre :
Tipo Doc : CC Documento: 1005325068 Fec. Nac : 16/10/2001 Sexo: M
Dirección : CARRERA 13 # 16 - 24 GAITAN
Departamento: 68 SANTANDER Telefono: 3126495006
Municipio : 001 BUCARAMANGA
Condición : 1 Conductor

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO

Naturaleza: 01 Accidente transito
Dirección : CRA 15 CLL 23
Fec Evento: 25/11/2022 Hora Evento: 20:05-
Departamento: 68 SANTANDER
Municipio : 001 BUCARAMANGA Zona: Urbana
Descripción: PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA REFIERE QUE
ES COLISIONADO POR VEHICULO Y CAE EN VIA PUBLICA RESULTANDO
LESIONADO

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado asegur.: 1 Asegurado Marca: YAMAHA
Placa: JUA27E Tipo servicio : 3 Particular
Codigo aseguradora: 1317
No de la poliza : 83604796 Inter. autoridad : NO
Vigencia Desde: 02/08/2022 Hasta: 01/03/2023 Cobro Exced Poliza: NO

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

Primer apellido: MARTINEZ 2do apellido: PUENTES
Primer nombre : JHON 2do nombre :
Tipo Doc : CC Documento: 1005325068
Dirección : BGA
Departamento: 68 SANTANDER Telefono: 3003376963
Municipio : 001 BUCARAMANGA

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO O INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er apellido: MARTINEZ 2do apellido: PUENTES
1er nombre : JHON 2do nombre :
Tipo Doc : CC Documento: 1005325068
Direccion : CRA13#16-24 GAITAN
Departamento: 68 SANTANDER Telefono: 3116495006
Municipio : 001 BUCARAMANGA

VII. DATOS DE REMISION

Tipo remis. : Fec Remis.: Hora Remis.:
Pres. Remite:
Cod. Inscript:
Prof Remite : Cargo Remite:
Fec Acepta : Hora Acepta :
Pres. Recibe:
Cod. Inscript:
Prof Recibe : Cargo Recibe:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Datos del vehiculo Placa:
Tran. desde: Hasta:
Tipo Transp.: 3 Lugar donde recoge la victima Zona: Urbana

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION MEDICA A LA VICTIMA COMO PRUEBA

Fec Ingreso: 25/11/2022 Hora Ingre.: 20:52
Fec Egreso: 10/12/2022 Hora Egreso: 21:56
Codigo Dx principal ingreso: T07X Codigo Dx principal egreso : S521
Otro diagnostico de ingreso: Otro diagnostico de egreso : S522
Otro diagnostico de ingreso: Otro diagnostico de egreso : G540
1er apellido: ARCINIEGAS 2do apellido: TRUJILLO
1er nombre : JAVIER 2do nombre :
Tipo Doc : CC Documento: 8743625 Registro medico: 8743625

X. AMPAROS QUE RECLAMA

	VR TOTAL FACTURADO	VR RECLAMADO AL FOSYGA	TOTAL FOLIOS
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	0		1
GASTOS TPT Y MOV. VICTIMA			

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

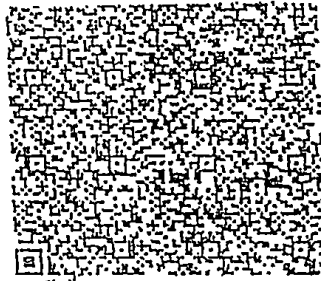
Como representante legal o Gerencia de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedadde juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

MARIA ANTONIA MUÑOZ ROLDAN

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O DELEGADO

SOAT

FECHA DE EFECTUACIÓN 2022 8 1 VIGENCIA 2022 8 24 JUEVES 2023 8 1



seguros mundial
tu compañía siempre

No. de Póliza 83604796 - 600637336	PLACA JUA27F	CLASE DE VEHICULO MOTOCICLETA	SERVICIO PARTICULAR	CILINDROS/MOTOC 155	MODELO 2021
PASAJEROS 2	MARCA YAMAHA	LÍNEA VEHICULO YZF 155 (YZF-R15)	CARROCERIA SIN CARROCERIA		
No. MOTOR G3L3E0002764	No. CHASIS o No. SERIE 9FKRG5814M2002764	No. VIN 9FKRG5814M2002764	CAPACIDAD TON. 0,00		
NOMBRE Y APELLIDOS DEL TOMADOR JHON MARTINEZ PUENTES		TELÉFONO DEL TOMADOR 3003376963	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR CC	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR 1005325068	Ciudad RESIDENCIA TOMADOR BUCARAMANGA
CÓDIGO DE ASEGURADORA 1317	CÓD. TUCUMAL TAPLINDOFA 51	CIUDAD PRODUCCIÓN 80002003	No. FORMULARIO 83604796	CIUDAD EXPEDICIÓN 68001	
ANIA 12	PRIMA SOAT \$ 364.900	CONTRIBUCIÓN FOLIOA \$ 189.700	TASA SUITE \$ 1.900	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS B. INCAPACIDAD PERMANENTE	
				800	SALARIOS MÍNIMOS
				180	LEGALES

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.005.325.068
MARTINEZ PUENTES

APELLIDOS JHON
NOMBRES Jhon Martinez

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN 12-NOV-2019 LA UNION

REGISTRADOR NACIONAL ALEXANDER ISAA POCHIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-2001

BUCARAMANGA

(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

12-NOV-2019 LA UNION

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

P-2805000-01264572-M-1005325068-20211110

0076260002A 2

9013307625

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10020868540

PLACA JUA27F MARCA YAMAHA LÍNEA YZF 155 (YZF-R15) MODELO 2021

ORIGINADA CC 155 COLOR GRIS ROJO SERVICIO PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO MOTOCICLETA TIPO CARROCERIA SIN CARROCERIA COMBUSTIBLE GASOLINA CAPACIDAD Motos 2

NÚMERO DE MOTOR G3L3E0002764 REG N 9FKRG5814M2002764

NÚMERO DE CHASIS 9FKRG5814M2002764 REG N

PROPIETARIO, APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) IDENTIFICACIÓN
MARTINEZ PUENTES JHON C.C. 1005325068

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 902020000069787

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - YAMAHA MOTOS

FECHA MATRÍCULA 30/07/2020 FECHA EXP. LIC. T.T.O. 30/07/2020 FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA MCPAL TTOYTE GIRON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN 12-NOV-2019 LA UNION

REGISTRADOR NACIONAL ALEXANDER ISAA POCHIA

83604796

01/08/2022

02/08/2022

01/08/2023

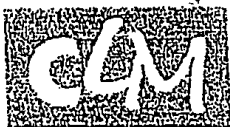
120

COMPANIA
MUNDIAL DE
SEGUR

VIGENTE

80516454

29/07/2021



SERVICIOS DROMEDICA S.A.

NIT 100 073 001-4

FORMATO DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

Declaración libre y voluntaria rendida por el señor (a) _____

Identificado (a) con documento de identidad _____ expedida en _____

Nombre de la víctima: Jhon Martinez Puentes. ✓

Identificado (a) con documento de identidad CC 1005325068

Fecha del accidente: 25/11/2022

Dirección del accidente: Cra 15 Cl 23

Hora del accidente 20:05

Numero de póliza: 1317-83604796. ✓

Aseguradora: Mondul.

Relato de los hechos:

Paciente en calidad de conductor de motocicleta
refiere que es colisionado por vehículo y cae en vía
pública resultando lesionado.

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

Yo, Jhon Martinez Puentes IDENTIFICADO CON CC. 1005325068 DE Nación (Sucre) DECLARO
BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES CIERTA Y PUEDE SER
VERIFICADA POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN FINANCIERA DEL MINISTERIO DE SALUD, LA SUPERINTENDENCIA
NACIONAL DE SALUD Y LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

Jhon Martinez P.

FIRMA DEL LESIONADO Y/O RESPONSABLE

**COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO**

Fecha: Octubre de 2021

Código: F-CRP-27-04

Versión 1

DATOS DEL USUARIO

USUARIO:

Jhon Martinez
Puentes

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1005325068

SERVICIO: **URGENCIAS**

EMPRESA:

mondial

FECHA DE INGRESO

D 25 M 01 2023

FECHA DE EGRESO

D 25 M 01 A 2022

SERVICIOS ASISTENCIALES RECIBIDOS

Apoyo Diagnóstico

☐

Cirugía

☐

Urgencia

☒

Consulta Externa

☐

Hospitalización

☐

UCI

☐

Otro ¿Cuál? _____

Declaro que las actividades señaladas en este formato fueron realizadas por
SERVICLÍNICOS DROMÉDICA S.A y firmo este formato que por fuerza mayor no fue posible emitir
la factura y anexos en el momento de la salida.

Jhon Martinez P.

Firma y No. D.I. y/o Representante



Resolución 01915 28 de MAY 2008
REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS
CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.
PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS

paq. Original

057-1446-Nuevo

0566766-Viejo

Fecha Radicacion: _____ RG: NO No Radicado anterior: _____ No. Radicado: _____ Factura: _____

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: SERVICLINICOS DROMEDICA S.A. Nit: 900.073.081-4
Cod Habilit.: 680010290101

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er apellido: MARTINEZ 2do apellido: PUENTES
1er nombre : JHON 2do nombre :
Tipo Doc : CC Documento: 1005325068 Fec. Nac : 16/10/2001 Sexo: M
Direccion : CARRERA 13 # 16 - 24 GAITAN
Departamento: 68 SANTANDER Telefono: 3126495006
Municipio : 001 BUCARAMANGA
Condicion : 1 Conductor

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIO EL EVENTO

Naturaleza: 01 Accidente transito
Direccion : CRA 15 CLL 23
Fec Evento: 25/11/2022 Hora Evento: 20:05-
Departamento: 68 SANTANDER
Municipio : 001 BUCARAMANGA Zona: Urbana
Descripcion: PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA REFIERE QUE
ES COLISIONADO POR VEHICULO Y CAE EN VIA PUBLICA RESULTANDO
LESIONADO

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado asegur.: 1 Asegurado Marca: YAMAHA
Placa: JUA27E Tipo servicio : 3 Particular
Codigo aseguradora: 1317
No de la poliza : 83604796 Inter. autoridad : NO
Vigencia Desde: 02/08/2022 Hasta: 01/03/2023 Cobro Exced Poliza: NO

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er apellido: MARTINEZ 2do apellido: PUENTES
1er nombre : JHON 2do nombre :
Tipo Doc : CC Documento: 1005325068
Direccion : BGA
Departamento: 68 SANTANDER Telefono: 3003376963
Municipio : 001 BUCARAMANGA

```

1er apellido: MARTINEZ                2do apellido: PUENTES
1er nombre : JHON                    2do nombre :
Tipo Doc : CC Document: 1005325068
Direccion : CRA13#16-24 GAITAN
Departamento: 68 SANTANDER
Municipio : 001 BUCARAMANGA

```

Tipo remis. :		Fec Remis.:		Hora Remis.:
Pres. Remite:				
Cod. Inscrip:				
Prof Remite :			Cargo Remite:	
Fec Acepta :			Hora Acepta :	
Près. Recibe:				
Cod. Inscrip:				
Prof Recibe :			Cargo Recibe:	

Datos del vehiculo	Placa:	
Tran. desde:	Hasta:	
Tipo Transp.: 3	Lugar donde recoge la victima	Zona: Urbana

Fec Ingreso: 25/11/2022	Hora Ingre.: 20:52
Fec Egreso: 10/12/2022	Hora Egreso: 21:56
Codigo Dx principal ingreso: T07X	Codigo Dx principal egreso : S521
Otro diagnostico de ingreso:	Otro diagnostico de egreso : S522
Otro diagnostico de ingreso:	Otro diagnostico de egreso : G540
1er apellido: ARCINIEGAS	2do apellido: TRUJILLO
1er nombre : JAVIER	2do nombre :
Tipo Doc : CC Documento: 8743625	Registro medico: 8743625

	VR TOTAL FACTURADO	VR RECLAMADO AL FOSYGA	TOTAL FOLIOS
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	0		1
GASTOS TPT Y MOV. VICTIMA			

Como representante legal o Gerencia de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedadde juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podra ser verificada por la Dirección General de Financimiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O DELEGADO



SERVICIOS CLÍNICOS DROMEDICA S.A.
CIT 900 073.081-4

FORMATO DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

Declaración libre y voluntaria rendida por el señor (a) _____

Identificado (a) con documento de identidad _____ expedida en _____

Nombre de la víctima: Jhon Martinez Puentes.

Identificado (a) con documento de identidad CC 1005325068

Fecha del accidente: 25/11/2022

Dirección del accidente: Cra 15 Cl 23

Hora del accidente 20:05

Numero de póliza: 1317-83604796

Aseguradora: Mundial.

Relato de los hechos:

Paciente en calidad de Conductor de motocicleta
refiere que es colisionado por vehículo y cae en vía
pública resultando lesionado.

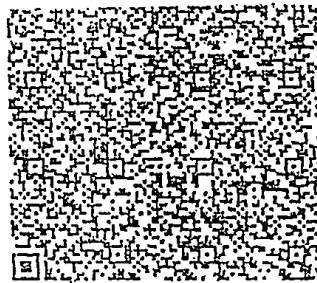
DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

Yo Jhon Martinez Puentes IDENTIFICADO CON CC. # 1005325068 DE NIÓN (Señe) DECLARO
BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES CIERTA Y PUEDE SER
VERIFICADA POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN FINANCIERA DEL MINISTERIO DE SALUD, LA SUPERINTENDENCIA
NACIONAL DE SALUD Y LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

Jhon Martinez Puentes
FIRMA DEL LESIONADO Y/O RESPONSABLE

SOAT

FECHA DE EMISIÓN: 2022 8 1
VIGENCIA: 2022 8 2
HASTA LAS 23:59 HORAS DEL 2023 8 1



seguros mundial
tu compañía siempre

Nº DE POLIZA 83604796 - 600637336	PLACA DE JUA27F	CLASE DE VEHICULO MOTOCICLETA	SERVICIO PARTICULAR	CILINDRADO/PAIS 155	MODELO 2021
PASAJEROS 2	MARCA YAMAHA	LÍNEA VEHICULO YZF 155 (YZF-R15)	CARROCERIA SIN CARROCERIA		
Nº MOTOR G3L3E0002764	Nº CHASIS DEL VEHICULO 9FKRG5814M2002764	Nº VIN 9FKRG5814M2002764	CAPACIDAD TON. 0,00		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR JHON MARTINEZ PUENTES		TELÉFONO DEL TOMADOR 3003376963	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR CC	Nº DE DOCUMENTO DEL TOMADOR 1005325068	Ciudad RESIDENCIA TOMADOR BUCARAMANGA
CÓDIGO DE ASSEGUADORA 1317	COD. TUCURIAL TAPLINDOPA 51	CLAVE PRODUCTOR 80002003	Nº FORMULARIO 83604796	Ciudad EXPEDICIÓN 68001	
TARIFA 12	PRIMA SOAT \$ 364.900	CONTRIBUCIÓN TOLYGA \$ 189.700	TASA RUT \$ 1.900	A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS B. INCAPACIDAD PERMANENTE HASTA 800 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES 180	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.005.325.068
MARTINEZ PUENTES

APELLIDOS JHON
NOMBRES

Firma: Jhon Martinez

ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-2001
BUCARAMANGA (SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA A+ G.S. RH M SEXO

12-NOV-2018 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VERA POCHA

P-2805000-01264572-M-1005325068-20211110 0076250002A 2 8913307625

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10020868540

PLACA JUA27F MARCA YAMAHA LÍNEA YZF 155 (YZF-R15) MODELO 2021

CILINDRADA CC 155 COLOR GRIS ROJO

CLASE DE VEHICULO MOTOCICLETA TIPO CARROCERIA SIN CARROCERIA COMBUSTIBLE GASOLINA CAPACIDAD Kg/PSJ 2

NÚMERO DE MOTOR G3L3E0002764 REG N VIN 9FKRG5814M2002764

NÚMERO DE SERIE REG N NÚMERO DE CHASIS 9FKRG5814M2002764 REG N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) MARTINEZ PUENTES JHON IDENTIFICACIÓN C.C. 1005325068

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN 902020000069787
LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

FECHA MATRÍCULA 30/07/2020 FECHA EXP. LIC. TTO. 30/07/2020 FECHA VENCIMIENTO

ORGANISMO DE TRÁNSITO STRIA MCPAL TTOYTE GIRON

LT02005947104

03604796

01/08/2022

01/03/2023

120 COMPANIA MUNDIAL DE SEGURO

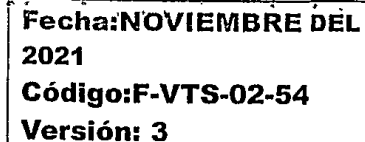
VIGENTE

80516454

29/07/2021

120 COMPANIA

NO





SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
HOSPITALIZACIÓN, Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES
(Otorgado en cumplimiento de la ley 23 de 1981)

Nombre del paciente

Jhon Martinez Puente

C.C. 1005325068

Fecha

25-01-83

Hora

No de H.C.

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento a **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, para que por intermedio de médicos en ejercicio legal, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar se servicios asistenciales de la entidad, se me practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento:

Ure medea

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A. queda autorizada para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los autorizados, si en el curso de la intervención quirúrgica o del procedimiento llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, los haga aconsejables.

El consentimiento y autorización que se otorgan han sido otorgados previa evaluación que de mi estado de salud ha hecho el nombre de **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.** del

R.M.

de identificar mis condiciones clínico patológicas y previa advertencia que, dicho hecho ser conocedor, con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que se deriven de la intervención quirúrgica mencionada, en los términos en los cuales lo

comunicaciones sobre su alcance, por parte del mismo profesional.

para que la anestesia sea aplicada por parte de un médico

S. DROMEDICA S.A., y los autorizo para utilizar el tipo

amínez Remolina

Médico

R.M.

de anestesia, de conformidad con

2. Autorizo expresamente e irrevocablemente a las personas del Equipo de Salud Hospitalario que tendrá a su cargo mi tratamiento para que me realicen terapias y procedimientos ordenados por mi médico tratante, el Doctor Bratiana E. Ramirez Molina Médico

He sido informado en forma clara acerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias y medicamentos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos y consecuencias que puedan ocurrir de la instauración d dichos tratamientos. He comprendido el riesgo inherente a los tratamientos y procedimientos practicados por el personal de enfermería bajo las órdenes de mi médico tratante.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe,

Jhon Martinez P.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

1005825068

C.C.

DE

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

C.C.



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS
HOSPITALIZACIÓN, Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**
(Otorgado en cumplimiento de la ley 23 de 1981)

Nombre del paciente: Jhan Martinez Ponce C.C. 1005325068
Fecha: 25-01-23 Hora: _____ No de H.C. _____

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento a **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, para que por intermedio de médicos en ejercicio legal, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar se servicios asistenciales de la entidad, se me practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento:

Ux medea

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A. queda autorizada para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los autorizados, si en el curso de la intervención quirúrgica o del procedimiento llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, los haga aconsejables.

El consentimiento y el procedimiento que se me han sido otorgados previa evaluación de mi estado de salud, he recibido el nombre de **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**

Doctor: Ramirez Remolina R.M. 205421
Con el objeto de identificar mis condiciones clínico patológicas y previa advertencia que, dicho médica me ha hecho ser conocedor, con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva el procedimiento y la intervención quirúrgica mencionada, en los términos en los cuales lo ha consignado en la historia clínica.

Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre su alcance, por parte del mismo profesional. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte de un médico anestesiólogo escogido por **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, y los autorizo para utilizar el tipo de anestesia que consideren más aconsejable para mi condición clínico - patológica y el tipo de intervención que requiero.

He sido advertido por el Doctor Ramirez Remolina Médico R.M. 205421 sobre los riesgos que para mi caso comporta la aplicación de anestesia, de conformidad con la constancia que figura en la historia clínica y he recibido satisfactoriamente explicaciones al respecto, por parte del mencionado profesional.

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A., queda autorizada para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos cuyo práctica solicito.

Declaro que he sido advertido por **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, en sentido de que la práctica de la intervención quirúrgica que requiero, compromete una actividad médica de medio, pero no de resultado.

2. Autorizo expresamente e irrevocablemente a las personas del Equipo de Salud Hospitalario que tendrá a su cargo mi tratamiento para que me realicen terapias y procedimientos ordenados por mi médico tratante, el Doctor Medico

He sido informado en forma clara acerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias y medicamentos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos y consecuencias que puedan ocurrir de la instauración d dichos tratamientos. He comprendido el riesgo inherente a los tratamientos y procedimientos practicados por el personal de enfermería bajo las órdenes de mi médico tratante.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe,

Jhon Martinez P.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

1005325068

C.C.

DE

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

C.C.

DE

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

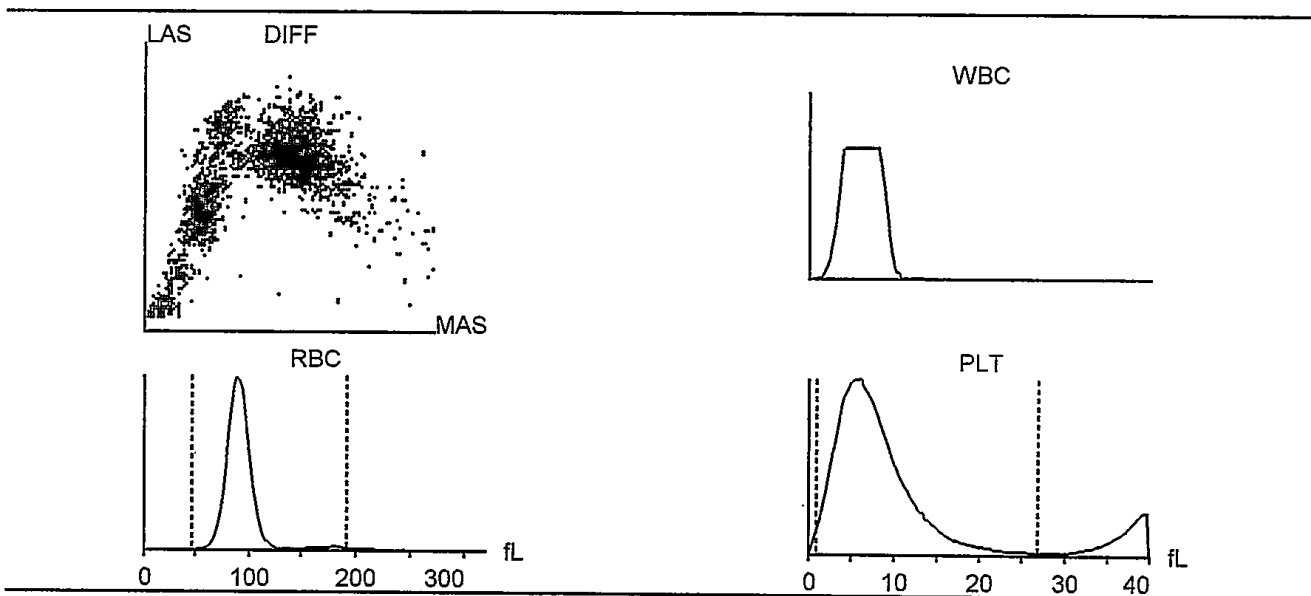
Nombre: JHON Apellido: MARTÍNEZ PUENTES Sexo: Homb Edad: 21 Años
ID muestr: 1005325068 Tipo de paciente: Hospitalario ID pac: C EXT
Dpt.: URGENCIAS Tiempo de análisis: 25-01-2023 12:47 Modo: WB-CBC+DIFF

Parámet	Result	Unid	Grupo de ref.
1 WBC	6.42	10 ³ /uL	4.00 - 10.00
2 Neu#	4.06	10 ³ /uL	2.00 - 7.00
3 Lym#	1.93	10 ³ /uL	0.80 - 4.00
4 Mon#	0.32	10 ³ /uL	0.12 - 1.20
5 Eos#	0.08	10 ³ /uL	0.02 - 0.50
6 Bas#	0.03	10 ³ /uL	0.00 - 0.10
7 Neu%	63.2	%	50.0 - 70.0
8 Lym%	30.1	%	20.0 - 40.0
9 Mon%	5.0	%	3.0 - 12.0
10 Eos%	1.3	%	0.5 - 5.0
11 Bas%	0.4	%	0.0 - 1.0
12 RBC	5.36	10 ⁶ /uL	4.00 - 5.50
13 HGB	15.1	g/dL	12.0 - 16.0
14 HCT	45.2	%	40.0 - 54.0
15 MCV	84.3	fL	80.0 - 100.0
16 MCH	28.2	pg	27.0 - 34.0
17 MCHC	33.5	g/dL	32.0 - 36.0
18 RDW-CV	13.0	%	11.0 - 16.0
19 RDW-SD	41.3	fL	35.0 - 56.0
20 PLT	366	10 ³ /uL	150 - 450
21 MPV	8.3	fL	6.5 - 12.0
22 PDW	15.8	%	9.0 - 17.0
23 PCT	A 0.305	%	0.108 - 0.282

PCR

12 mg/l

VR: Menor a 6 mg/l



Médico clínico: Operador: CARLOS PINZON Revisado por:
Hora de trazado: Hora entrega: Hora de impresión: 25-01-2023 12:49

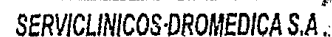
Comentarios:

[Este informe solo se aplica a la muestra analizada correspondiente]

Dr. Carlos Alberto Pinzón Gualdrón

Bacteriólogo y Lab. Clínico

UIS Reg. 004639



EMPRESA: Seguros mundial FECHA: 25/01/23
NOMBRE Jhon. Martinez Puentes C.C. 6005325068 HABITACION Wj
URGENCIAS ☒ HOSPITALIZACION ☐ UCI ☐ CIRUGIA ☐

F-RM-04-G, h.

301-23

	COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO	Fecha: ENERO DE 2021
		Código: F-CRP-27-04
		Versión 1

DATOS DEL USUARIO		
USUARIO: MARTINEZ RENTES Jhon	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1005325068	SERVICIO: URGENCIAS
EMPRESA-SOAT SIMUNDIAL	FECHA DE INGRESO 03-01-2023	

SERVICIOS ASISTENCIALES RECIBIDOS			
Apoyo Diagnóstico	Cirugía	Urgencias	X
Consulta Externa	Hospitalización	UCI	
Otro ¿Cuál?			

Declaro que las actividades señaladas en este formato fueron realizadas por
SERVICLÍNICOS DROMÉDICA S.A y firmo este formato que por fuerza mayor no fue posible
emitir la factura y anexos en el momento de la salida.

Jhon Martinez P.

Firma y No. D.I. y/o Representante



Resolución 01915 28 de MAY 2008

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD POR SERVICIOS PRESTADOS A VÍCTIMAS DE EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRANSITO.
PERSONAS JURÍDICAS - FURIPS

pag. Original

0570058 → Nuevo
0566766 → Viejo

Fecha Radicación: _____ RG: NO No. Radicado: _____
No Radicado anterior: _____ Factura: _____

I. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razon social: SERVICLINICOS DROMEDICA S.A. Nit: 900.073.081-4
Cod Habilit.: 680010290101

II. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er apellido: MARTINEZ 2do apellido: PUENTES
1er nombre : JHON 2do nombre :
Tipo Doc : CC Documento: 1005325068 Fec. Nac : 16/10/2001 Sex: M
Direccion : CARRERA 13 # 16 - 24 GAITAN
Departamento: 68 SANTANDER Telefono: 3126495006
Municipio : 001 BUCARAMANGA
Condicion : 1 Conductor

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO

Naturaleza: 01 Accidente transito
Direccion : CRA 15 CLL 23
Fec Evento: 25/11/2022 Hora Evento: 20:05
Departamento: 68 SANTANDER
Municipio : 001 BUCARAMANGA Zona: Urbana
Descripcion: PACIENTE EN CALIDAD DE CONDUCTOR DE MOTOCICLETA REFIERE QUE
ES COLISIONADO POR VEHICULO Y CAE EN VIA PUBLICA RESULTANDO
LESIONADO

IV. DATOS DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

Estado asegur.: 1 Asegurado Marca: YAMAHA
Placa: JUA27E Tipo servicio : 3 Particular
Codigo aseguradora: 1317
No de la poliza : 83604796 Inter. autoridad : NO
Vigencia Desde: 02/08/2022 Hasta: 01/03/2023 Cobro Exced Poliza: NO

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er apellido: MARTINEZ 2do apellido: PUENTES
1er nombre : JHON 2do nombre :
Tipo Doc : CC Documento: 1005325068
Direccion : BGA
Departamento: 68 SANTANDER Telefono: 3003376963
Municipio : 001 BUCARAMANGA

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO O INVOLUCRADO EN EL ACCIDENTE DE TRANSITO

1er apellido: MARTINEZ 2do apellido: PUENTES
1er nombre : JHON 2do nombre :
Tipo Doc : CC Documento: 1005325068
Direccion : CRA13#16-24 GAITAN
Departamento: 68 SANTANDER Telefono: 3116495006
Municipio : 001 BUCARAMANGA

VII. DATOS DE REMISION

Tipo remis. : Fec Remis.: Hora Remis.:
Pres. Remite:
Cod. Inscrip:
Prof Remite : Cargo Remite:
Fec Acepta : Hora Acepta :
Pres. Recibe:
Cod. Inscrip:
Prof Recibe : Cargo Recibe:

VIII. AMPARO DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA

Datos del vehiculo Placa:
Tran. desde: Hasta:
Tipo Transp.: 3 Lugar donde recoge la victima Zona: Urbana

IX. CERTIFICACION DE LA ATENCION MEDICA A LA VICTIMA COMO PRUEBA

Fec Ingreso: 25/11/2022 Hora Ingre.: 20:52
Fec Egreso: 10/12/2022 Hora Egreso: 21:56
Codigo Dx principal ingreso: T07X Codigo Dx principal egreso : S521
Otro diagnostico de ingreso: Otro diagnostico de egreso : S522
Otro diagnostico de ingreso: Otro diagnostico de egreso : G540
1er apellido: ARCINIEGAS 2do apellido: TRUJILLO
1er nombre : JAVIER 2do nombre :
Tipo Doc : CC Documento: 8743625 Registro medico: 8743625

X. AMPAROS QUE RECLAMA

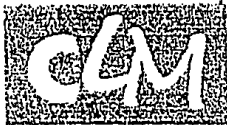
	VR TOTAL FACTURADO	VR RECLAMADO AL FOSYGA	TOTAL FOLIOS
GASTOS MEDICO QUIRURGICOS	0		1
GASTOS TPT Y MOV. VICTIMA			

XI. DECLARACION DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Como representante legal o Gerencia de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, por el administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación.

MARIA ANTONIA MUÑOZ ROLDAN

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL, GERENTE O DELEGADO



SERVIGLINCOS DROMEDICA S.A.
TEL 900 073.031-4

FORMATO DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

Declaración libre y voluntaria rendida por el señor (a) _____

Identificado (a) con documento de identidad _____ expedida en _____

Nombre de la víctima: Jhon Martinez Puentes.

Identificado (a) con documento de identidad CC 1005325068

Fecha del accidente: 25/11/2022

Dirección del accidente: Cra 15 Cl 23

Hora del accidente 20:05

Numero de póliza: 1317-83604796

Aseguradora: Mundial.

Relato de los hechos:

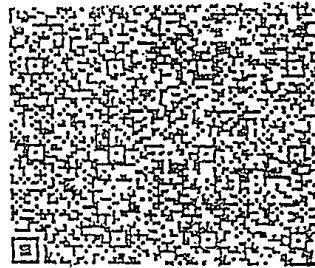
Paciente en calidad de conductor de motocicleta
refiere que es colisionado por vehículo y cae en vía
pública resultando lesionado.

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

Yo, Jhon Martinez Puentes IDENTIFICADO CON CC. # 1005325068 DE Niño (Sucre) DECLARO
BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES CIERTA Y PUEDE SER
VERIFICADA POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN FINANCIERA DEL MINISTERIO DE SALUD, LA SUPERINTENDENCIA
NACIONAL DE SALUD Y LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

Jhon Martinez Puentes
FIRMA DEL LESIONADO Y/O RESPONSABLE

SOAT



seguros mundial
tu compañía siempre

FECHA DE EMISIÓN: 2022 8 1
VIGENCIA: 2022 8 2
HASTA LAS 23:59 HURAS DEL

Nº DE POLIZA: 83604796 - 600637336
PLACA: JUA27F
CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA
SERVICIO: PARTICULAR
CILINDRADA/VOL: 155
MODELO: 2021

PASAJEROS: 2
MARCA: YAMAHA
LÍNEA VEHICULO: YZF 155 (YZF-R15)
CARROCERIA: SIN CARROCERIA

Nº. MOTOR: G3L3E0002764
Nº. CHASIS O NÚM. SERIE: 9FKRG5814M2002764
Nº VIN: 9FKRG5814M2002764
CAPACIDAD TON.: 0,00

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR: JHON MARTINEZ PUENTES
TELÉFONO DEL TOMADOR: 3003376963
TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: CC
Nº DE DOCUMENTO DEL TOMADOR: 1005325068
CIUDAD RESIDENCIAL TOMADOR: BUCARAMANGA

COMPANIA ASSEGUADORA: 1317
CÓDIGO CORTAL E-IDENTIFICACIÓN: 51
CLASE PRODUCTO: 80002003
Nº FORMULARIO: 83604796
CIUDAD EXPEDICIÓN: 88001

TARIFA: 12
PRIMA SOAT: \$ 364.900
CONTRIBUCIÓN FOSYGA: \$ 189.700
TASA RUT: \$ 1.900
AUXILIO POR VICTIMA:
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS: 800
B. INCAPACIDAD PERMANENTE: 180
SALARIOS MÍNIMOS LEGALES

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO: 1.005.325.068
MARTINEZ PUENTES

APELLIDOS: JHON
NOMBRES: Jhon Martinez

FIRMA: [Firma]

FOTO: [Fotografía]

FECHA DE NACIMIENTO: 16-OCT-2001
BUCARAMANGA (SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

12-NOV-2019 LA UNION
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER YISA POLOA

BIODICE DERECHO

P-2805000-01264572-M-1005325068-20211110 0076260002A 2 9910307625

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10020868540

PLACA: JUA27F
MARCA: YAMAHA
LÍNEA: YZF 155 (YZF-R15)
MODELO: 2021

CILINDRADA CC: 155
COLOR: GRIS ROJO
SERVICIO: PARTICULAR

CLASE DE VEHICULO: MOTOCICLETA
TIPO CARROCERIA: SIN CARROCERIA
COMBUSTIBLE: GASOLINA
CAPACIDAD MPPS: 2

NÚMERO DE MOTOR: G3L3E0002764
REG: N
NÚMERO DE CHASIS: 9FKRG5814M2002764
REG: N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S): MARTINEZ PUENTES JHON
IDENTIFICACIÓN: C.C. 1005325068

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
902020000069787

FECHA IMPORT: 26/05/2020
PUERTAS: 0

PRENDA - YAMAHA MOTOS

FECHA MATRÍCULA: 30/07/2020
FECHA EXP. LIC. TIG: 30/07/2020
FECHA VENCIMIENTO: [Firma]

ORGANISMO DE TRÁNSITO: STRIA MCPAL TIOYTE GIRON

FECHA VENCIMIENTO: 02/08/2022

83604796

01/08/2022

02/08/2022

01/08/2023

120 COMPANIA MUNDIAL DE SEGUR

VIGENTE

80516454

29/07/2021

120 COMPANIA

NO



SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
HOSPITALIZACIÓN, Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**
(Otorgado en cumplimiento de la ley 23 de 1981)

Nombre del paciente: MARTINEZ PUENTES JHON c.c. 1005325068
Fecha: 03-01-22 Hora: _____ No de H.C. _____

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento a **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, para que por intermedio de médicos en ejercicio legal, así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar se servicios asistenciales de la entidad, se me practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento: UIMEOLICA

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A. queda autorizada para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los autorizados, si en el curso de la intervención quirúrgica o del procedimiento llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, los haga aconsejables.

El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa evaluación que de mi estado de salud ha hecho, a nombre de **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.** el Doctor Dra. Tatiana Bonorquez R.M. Dra. Tatiana Bonorquez

Con el objeto de identificar mis condiciones clínicas, patológicas y, previa advertencia que, dicho médico me ha hecho ser conocedor, con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva el procedimiento y la intervención quirúrgica mencionada, en los términos en los cuales lo ha consignado en la historia clínica.

Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre su alcance, por parte del mismo profesional.

Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte de un médico anesthesiologo escogido por **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, y los autorizo para utilizar el tipo de anestesia que consideren más aconsejable de acuerdo a mi condición clínica, patológica y del tipo de intervención que requiero. Dra. Tatiana Bonorquez R.M. Dra. Tatiana Bonorquez

He sido advertido por el Doctor Dra. Tatiana Bonorquez R.M. Dra. Tatiana Bonorquez sobre los riesgos que para mi caso comporta la aplicación de anestesia, de conformidad con la constancia que figura en la historia clínica y he recibido satisfactoriamente explicaciones al respecto, por parte del mencionado profesional.

SERVICLINICOS DROMEDICA S.A., queda autorizada para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos cuyo práctica solicito.

Declaro que he sido advertido por **SERVICLINICOS DROMEDICA S.A.**, en sentido de que la práctica de la intervención quirúrgica que requiero, compromete una actividad médica de medio, pero no de resultado.

2. Autorizo expresamente e irrevocablemente a las personas del Equipo de Salud Hospitalario que tendrá a su cargo mi tratamiento para que me realicen terapias y procedimientos ordenados por mi médico tratante, el Doctor Dr. Esteban Rodríguez

He sido informado en forma clara acerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias y medicamentos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos y consecuencias que puedan ocurrir de la instauración de dichos tratamientos. He comprendido el riesgo inherente a los tratamientos y procedimientos practicados por el personal de enfermería bajo las órdenes de mi médico tratante.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe,

Juan Martínez P

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

1005325068

C.C.

DE .

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

C.C.

DE