MINTIC 001057.
INTER RAPIDISIMO S.A No. 700065475092
NIT: 800251569-7 Guía de Transporte
Servicio: NOTIFICACIONES

Fecha y Hora de Admisión: 26/11/2021 15:10
Tiempo estimado de entrega: 30/11/2021 18:00

NO VÁLIDO COMO FACTURA

700065475092

DESTINO Cod. postal:0 — ZONA URBANA

BOGOTA\CUND\COL

DOCUMENTO C2 — CARGA X13

DESTINATARIO CC 6013077022	REMITENTE CC 41620703
NUEVA EPS ...	MYRIAM OCHOA DE TORRES
KR 85 K # 46 A - 66 PI 2	CL 25 B # 32 A - 48 BL AP 714
3105778170	3105778170
	BOGOTA\CUND\COL

NÚMERO DE GUÍA
PARA SEGUIMIENTO
700065475092

700065475092

DESPACHOS
Casilleros ⟶ BOG 300/20
Puertas ⟶

DATOS DEL ENVÍO	LIQUIDACIÓN	Valor a cobrar al destinatario al momento de entregar
Empaque: PAQUETE PEQUEÑO	Valor Flete:$ 12.200,00	**$ 0**
Tipo Servicio:NOTIFICACIONES	Valor sobre flete:$ 300,00	
Vlr Comercial:$ 15.000,00	Valor otros conceptos:	
Piezas: 1 No. Bolsa:	Vlr Imp. otros concep:$ 0,00	
Peso x Vol: Peso en Kilos: 1	Valor total:$ 12.500,00	
Dice Contener:SIN VERICAR	Forma de pago:CONTADO	

Observaciones:

DESTINATARIO

PRUEBA DE ENTREGA

INTER RAPIDISIMO S.A
NIT: 800251569-7 No.700065475092 **Guía de Transporte Servicio:**
NOTIFICACIONES

Fecha y Hora de Admisión: 26/11/2021 15:10
Tiempo estimado de entrega: 30/11/2021 18:00

No.700065475092

DESTINO Cod. postal:0 — ZONA URBANA

BOGOTA\CUND\COL

DOCUMENTO C2 — CARGA X13

NÚMERO DE GUÍA
PARA SEGUIMIENTO
700065475092

700065475092

Valor a cobrar al destinatario al momento de entregar
$ 0

Remite:
MYRIAM OCHOA DE TORRES
CC 41620703 / Tel: 3105778170
BOGOTA\CUND\COL

Como remitente Conozco el contrato, guía, remesa en www.interrapidisimo.com, autorizo Tratamiento de datos personales.

X
FIRMA

Piezas: 1 **Peso Kilos:** 1 **Vlr Comercial:** $ 15.000,00
Dice Contener:**SIN VERICAR**

Valor Flete:$ 12.200,00
Valor sobre flete:$ 300,00
Valor otros conceptos:$ 0,00
Vlr Imp. otros concep:$ 0,00
Forma de pago: CONTADO

Valor total:
$ 12.500,00

PARA: NUEVA EPS ...
KR 85 K # 46 A - 66 PI 2
3105778170/ **CC 6013077022**

RECIBIDO POR: Nombre claro y No. Identificación

X
Firma y Fecha de Recibido (Acepto Tratamiento de datos)

GESTIÓN DE ENTREGA O DEVOLUCIÓN:
1-Entrega Exitosa 3-Dirección errada 5-Rehusado 5-otros
2-Desconocido 4-No Reclamo 6-No Reside

No. Gestión	Fecha 1er Intento de Entrega:			
	DÍA	MES	AÑO	HORA
No. Gestión	**Fecha 2do Intento de Entrega:**			
	DÍA	MES	AÑO	HORA

Observaciones:
Mensajero:

copia

Bogotá D.C., 26 de noviembre de 2021

Señores
NUEVA E.P.S.
Ciudad.

REF: Derecho de petición en interés particular. Solicitud de medicamento prescrito para combatir mi problema de osteoporosis. Derecho a la vida en condiciones dignas.

MYRIAM OCHOA DE TORRES, identificada con cédula de ciudadanía No. 41.620.703, con domicilio en Bogotá, con sociedad conyugal vigente, obrando en nombre propio y en calidad de beneficiaria de mi esposo JOSE ELIECER TORRES ACOSTA, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.163.698 de Bogotá, cotizante activo, por medio del presente escrito y con fundamento en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, reglamentado por la Ley 1755 de 2015, presento ante ustedes *Derecho de petición en interés particular*, con el fin que me brinden el tratamiento idóneo que requiero para atender mi problema de salud - *osteoporosis en columna y cadera con alto riesgo de fracturas* – y me garanticen mi Derecho a la vida en condiciones dignas, todo ello con fundamento en los siguientes:

I. HECHOS

1. Desde hace unos años he venido presentando problemas de *osteoporosis en columna y cadera con alto riesgo de fractura,* con lo cual empecé a tomar pastillas para combatir mi problema y luego una inyección anual aplicada en la Cruz Roja.

2. Teniendo en cuenta que los anteriores tratamientos no fueron eficaces para combatir mi problema de salud, el 18 de marzo de 2021 la Dra. MARY YOMMARA FORERO CASTELBLANCO, médica endocrinóloga, me ordenó un tratamiento por 2 años que consiste en la aplicación *diaria* de una inyección de la marca ***FORTEO de 2.4 ML y 250 MCG***, con el fin de evitar que mi problema avance y se afecte mi derecho a la salud en condiciones dignas.

3. En el periodo comprendido entre marzo a octubre de 2021 ustedes me suministraron efectivamente el medicamento adecuado y que yo requería.

4. Sin embargo, desde el mes de noviembre de 2021 me cambiaron intempestivamente el medicamento *FORTEO de 2.4 ML y 250 MCG* a uno llamado *TEOTIDE de 3 ML y 250 MCG*

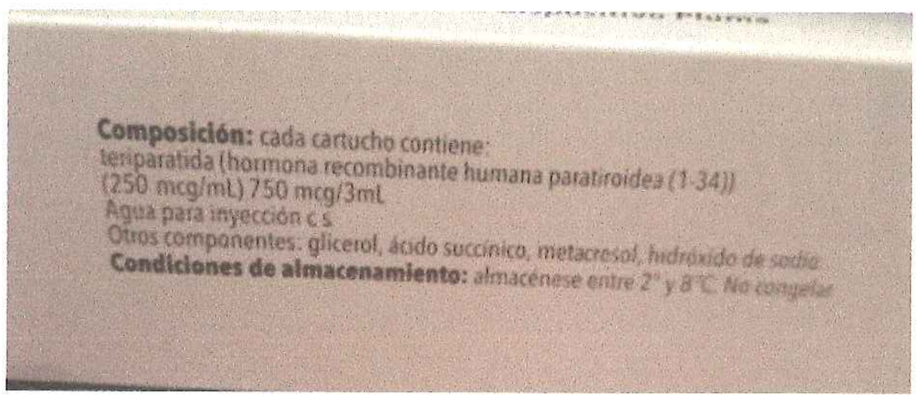
INTER
COPIA COTEJADA CON ORIGINAL
Fecha. 26 NOV 2021
LICENCIA 1189
MIN COMUNICACIONES

4. Sin embargo, desde el mes de noviembre de 2021 me cambiaron intempestivamente el medicamento *FORTEO de 2.4 ML y 250 MCG* a uno llamado *TEOTIDE de 3 ML y 250 MCG*, sin tener en cuenta que este último tiene componentes totalmente diferentes a la marca FORTEO, tal como se relaciona a continuación:

- *Composición medicamento* ***FORTEO:***

El principio activo es Teriparatida. Cada ml de solución inyectable contiene: 250 mcg de Teriparatida. Los demás componentes son: Acido Acético Glacial, Acetato de Sodio (anhidro), Manitol, Metacresol y Agua para Preparaciones Inyectables. Además, se puede haber añadido una solución de Acido Clorhídrico y/o de Hidróxido de Sodio para ajustar el pH[1].

- *Composición medicamento* ***TEOTIDE:***



5. Como se observa, si bien el principio activo de ambos medicamentos es el mismo, teriparatida, la composición es *totalmente diferente*.

6. Lo anterior motivó a que la Dra. MARY YOMMARA FORERO CASTELBLANCO, en consulta del 24 de noviembre de 2021, ordenó que no me cambiaran el medicamento ***FORTEO de 2.4 ML y 250 MCG*** en los siguientes términos: *"PACIENTE HA RECIBIDO 6 MESES DE FORTEO, REQUIERE CONTINUAR TRATAMIENTO CON MISMA MARCA DE TRATAMIENTO [...]"*.

[1] https://www.colegiofarmaceutico.cl/MFT/PRODUCTO/P6372.HTM.

COPIA COTEJADA CON ORIGINAL
Fecha 26 NOV. 2021
LICENCIA 1189
MIN COMUNICACIONES

CC - 41620703 - MYRIAN OCHOA MEDINA - 24/11/2021 12:38:57 p. m. Fecha impresión: 24/11/2021 12:44

BlueCare

BLUECARE SALUD S A S
NIT - IPS001
PLUS ES MAS
KR 14 # 94 49 - 5924501 - Bogotá y Telemedicina - Colombia

FORMULACIÓN MÉDICA

N° de registro: 515413 **Fecha registro :** 24/11/2021 12:38:57 p. m.

Apellidos:	OCHOA MEDINA	**Nombres:**	MYRIAN
Tipo Identificación:	CC	**Número documento:**	41620703
Fecha de Nacimiento:	20/09/1953	**Edad:**	68 Años/3 Meses/4 Días
Género:	Femenino	**Ocupación:**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Dirección:	CL 25B # 32A-48 INT 4 AP 714 CJ RES TAKA (AC)	**Teléfono:**	2690762
Fecha registro :	24/11/2021 12:38	**Fecha atención:**	24/11/2021 12:38

Item	Cantidad	Frecuencia	Días Tratamiento	Vía administración	Concentración	Observaciones
TERIPARATIDE SOLUCION INYECTABLE PLUMA PRELLENADA 2.4ML 250MCG	6	DIARIA	180	SUBCUTANEA	20MCG	PACIENTE HA RECIBIDO 6 MESES DE FORTEO, REQUIERE CONTINUAR TRATAMIENTO CON MISMA MARCA DE TRATAMIENTO APLICAR 20MCG SUBCTANEOS CADA DIA HASTA COMPLETAR 2 AÑOS DE TRATAMIENTO

MARY YOMMARA FORERO CASTELBLANCO CC 30336527

7. Como se observa, ***necesito urgentemente*** me sigan suministrando las inyecciones ***FORTEO de 2.4 ML y 250 MCG*** y no otra, pues esto afectaría gravemente mi derecho a la salud en conexidad con mi derecho a la vida en condiciones dignas.

8. La Dra. MARY YOMMARA FORERO CASTELBLANCO es profesional de planta de MEDPLUS S.A.

9. MEDPLUS S.A. tiene simultaneidad con NUEVA E.P.S. y, por tanto, no existe razón para negarme el tratamiento que me han ordenado, pues se cumplen todos los requisitos establecidos por la H. Corte Constitucional para que ustedes me suministren lo que realmente necesito.

II. PETICIONES

Como consecuencia de lo anteriormente informado, solicito respetuosamente a ustedes:

1. Me suministren el tratamiento ordenado y que realmente necesito, esto es, que me hagan entrega de las inyecciones ***FORTEO de 2.4 ML y 250 MCG*** y no otra por el periodo de mi tratamiento, esto es, por los próximos 2 años.

INTER RAPIDISIMO
COPIA COTEJADA CON ORIGINAL
Fecha. 26 NOV. 2021
LICENCIA
MIN

2. En el evento que no tengan el medicamento en sus farmacias, me informen de manera clara y precisa a qué lugar me debo dirigir para obtener las inyecciones ***FORTEO de 2.4 ML y 250 MCG.***

III. ANEXOS

1. Historia clínica.
2. Formulación médica suscrita por la Dra. MARY YOMMARA FORERO CASTELBLANCO.
3. Autorización de servicios generada por la filial de MEDPLUS S.A., *UT Unión Temporal Alianza Atención Integral*, de fecha 25 de noviembre de 2021.

IV. PETICIONES

Recibiré notificaciones en la Calle 25 B No. 32 A – 48, apto 714 de la ciudad de Bogotá D.C. y en los siguientes correos electrónicos: confeccionesteomy@hotmail.com y diego_maricio_torres@hotmail.com

Atentamente,

MYRIAM OCHOA DE TORRES
C.C. 41.620.703 de Bogotá D.C.
Celular 310 3278692.

INTER RAPIDISIMO
COPIA COTEJADA CON ORIGINAL
Fecha. 26 NOV 2021
LICENCIA 1189
MIN COMUNICACIONES

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

890244 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellidos:	OCHOA MEDINA	**Nombres:**	MYRIAN
Tipo Identificación:	CC	**Número documento:**	41620703
Fecha de Nacimiento:	20/08/1953	**Edad:**	68 Años/3 Meses/4 Dias
Género:	Femenino	**Ocupación:**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Dirección:	CL 25B # 32A-48 INT 4 AP 714 CJ RES TAKA (AC)	**Teléfono:**	2690762
Nombre del Cliente:	MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA	**Convenio:**	CEREZA PLUS ESPECIAL
Fecha registro :	24/11/2021 12:20	**Fecha atención:**	24/11/2021 12:20

Nombre, Telefono y Parentesco del Responsable: JOSE TORRES -ESPOSO - 3106883135

CONSULTA

Condición de ingreso: VCIDEOPLLAMADA
Ambito de atención: Ambulatorio
Embarazo: No
Motivo de consulta: REFORMUALCION
CONSENTIMIENTO INFORMADO:
SE ACCEDERÁ A UN SERVICIO DE TELE ORIENTACIÓN EN SALUD A TRAVÉS DEL CUAL SE ESTUDIARÁN DE FORMA TELEFÓNICA LOS SÍNTOMAS QUE REPORTE, SE ESTABLECERÁN RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTO A SEGUIR, EN LA MEDIDA EN QUE SEA POSIBLE DESDE LA VIDEOLLAMADA . EN NINGÚN CASO ESTE SERVICIO REEMPLAZA LA ATENCIÓN MÉDICA PRESENCIAL, Y TIENE LAS RESTRICCIONES PROPIAS DEL MEDIO, POR LO CUAL ES POSIBLE QUE TRAS EL ANÁLISIS SE RECOMIENDE ACUDIR A UN SERVICIO PRESENCIAL.
SE REALIZA ORIENTACIÓN MEDICA VIRTUAL CUMPLIMIENTO EN LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 417 DEL 17 DE MARZO DE 2020, EN EL CUAL SE DECLARA ESTADO DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL, A FIN DE EVITAR CONTAGIO CON COVID 19. ESTA ORIENTACIÓN ESTÁ BASADA EN LA BUENA FE DEL PACIENTE, Y LA INHERENTE CONFIANZA MUTUA EN LA RELACION MEDICO PACIENTE Y POR LO TANTO EXIME AL MÉDICO TRATANTE DE CONDUCTAS INAPROPIADAS POR PARTE DEL PACIENTE RESPECTO A SU SALUD Y AL MANEJO DE SUS MEDICAMENTOS. SE EXPLICAN TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA TELE ORIENTACIÓN, (INCLUIDO QUE NO ES POSIBLE LA REALIZACIÓN DE EXAMEN FÍSICO DADO EL TIPO DE MODALIDAD EN LA ATENCIÓN).
ACEPTA: SI
Enfermedad actual: 41620703
MYRIAN OCHOA MEDINA

PACIENTE CONICIDA POR AL ESPECIALIDAD EN MANEJO OSTEOPOROSIS CON TERAPIA ANABOLICA, RECIBIO 8 MESES DE FORTEO Y EL ULTIMO MES SE CAMBIO A OSTEOTIDE

** LLEVA PLAN DE ALIMENTACION YA VISTA POR NUTRICION AUBN EXCESO DE FRUTAS BATIDOS Y JUGOS
** YA VISTA M DEPORTE LLEVA PLAN DE ACTIVIDA FISICA ESTRUTURADA 60 MIN DIA
*** NO CAIDAS NO FRACTURAS

DIAGNSOTICOS
1. OSTEOPOROSIS COLUMNA Y CADERA MUY BAJA DENSIDADD MINERAL OSEA ALTO RIESGO DE FRACTURAS, NO FRACTURA DIAGNSOTICADA
2. HIPOTIROIDISMO PRIAMRIO
3. PREDIABETES
4. DISLIPIDEMIA
5. TFG 78ML/MIN DFMRD

RECIBE
EUTIROX 75
ACIDO ZOLEDRONICO 5 MG 3 DOSIS AGOSTO/18, CUARTA DOSIS JULIO/19
TERIPARATIDE 20MCG DIA INICIO HACE 3 MESES 9/24
VITAMIAN D 5000 AMERICANA 4 DIAS AL MES
METFORMINA 1000 X 1
ROSUVASTATINA 20 X 1

22.11.2021 HBA1C 6.1% CA 9.56 HDL 70.8 CT 174 CREAT 0.63 GLCUOSA 98.47 TAG 86.27 TSH 0.346 VITA D 38.71
20.02.2021 HBA1C 6% CALCIO 8.9 HDL 62 LDL 91 CT 170 CREAT 0.75 FOSFOR 3.88 GLCUOSA 97 TAG 136 CALCIO URINARIO 187MG*24H (25.7MG/K/DIA) T4L 1.52 TSH 0.584 VITAMINA D 46
****** DMO 18-12-20 SE DESCONOCE EQUIPO NO VIENE EN REPORTE L3L4 DMO 0.740 T -3.8 Z -2.2 CFI DMO 0.666 T -2.6 Z -1.1
20.2.2021 RX DE COLUM,NA DORSOLUMBAR BLUE CARE ALTURA, ALINEACION DE CUERPOS VERTEBRALÑES CONSERVADA, OSTEOFITOS ANTERIORES, ESPONDILOARTROSIS INTERFACETARIA EN ARCO PSOTERIOR

ANTECEDENTES CLINICOS

Antecedentes Patologicos: Si
Descripcion antecedentes patologicos: (HIPOTIROIDISMO, INTOLERANCIA A LOS CH, DISLIPIDEMIA)
Antecedentes Traumaticos: Si
Descripcion antecedentes traumaticos: (TCE LEVE)
Antecedentes Quirurgicos: Si
Descripcion antecedentes quirurgicos: (CIRUGIA DE MENISCO DERECHO , QX HEMORROIDES
1 QX CESAREA .)
Descripcion antecedentes de hospitalizaciones:
Antecedentes Farmacologicos: Si
Descripcion antecedentes farmacologicos: (EUTIROX, ROSUVASTATINA, METFORMINA)
Descripcion antecedentes alergicos:
Antecedentes Toxicos: Si
Descripcion antecedentes toxicos: (EXFUMADORA HASTA HACE 15 AÑOS)
Descripcion antecedentes de inmunizaciones:
Descripcion antecedentes psiquiatricos:
Antecedentes de Ejercicio: No refiere
Descripcion antecedentes de ejercicio: (NO refiere)
Descripcion antecedentes alimentarios:
Descripcion antecedentes ocupacionales:
Antecedentes Familiares: Si
Descripcion antecedentes familiares: (TIA MATERNA DIABETICA , MAMA DIABETICA +HTA
TIOS CA .)
Descripcion antecedentes tratamientos alternativos:
Descripcion de otros antecedentes:

REVISION POR SISTEMAS

Revision de Sintomas Generales: No refiere

RESULTADOS DE PARACLINICOS

Resultados de Laboratorios: 22.11.2021 HBA1C 6.1% CA 9.56 HDL 70.8 CT 174 CREAT 0.63 GLCUOSA 98.47 TAG 86.27 TSH 0.346 VITA D 38.71
20.02.2021 HBA1C 6% CALCIO 8.9 HDL 62 LDL 91 CT 170 CREAT 0.75 FOSFOR 3.88 GLCUOSA 97 TAG 136 CALCIO URINARIO 187MG*24H (25.7MG/K/DIA) T4L 1.52 TSH 0.584 VITAMINA D 46

==
**** CCV... 05-11-20........ NEGATIVA SATISFACTORIA*****************
**** TEST DE VPH 24-12-20..... POSITIVA 45*******COLPOSCOPIA 09-3-21....NEGATIVA RASPADO ENDOCERVICAL ENDOCERVIX CON MATERRLA MUCOIDE ZONA D ETRANSOFROMAICON SIN CMABIOS POR VPH
*********************************MARCADORES TUMORALES....20-02-21.... CA 125..6.7 NEGATIVO ACE...2.4 NEGATIVO AFP...2.18 NEGATIVO**********************
==
14.12.2020 HBA1C 6.2% HDL 64 CT 196 GLCUOSA 98 TAG 103 TSH 0.688 B12 407 VITAMINA D 61
8 MAYO/20 CPK TOTAL 80 ACIDO URICO 5.4/7.2 AST 21.9 ALT 35/63 MAGNESIO 2.1 (1.8 - 2.4) TSH 0.166 GLUCOSA BASAL 83 HEMOGLOBINA GLICOSILADA 5.9%
3 FEB/20 PTH INTACTA 36.08 VITAMINA D 78 COLESTEROL 185 HDL 70 TRIGLICERIDOS 93 GLUCOSA BASAL 93 PIRILINKS 9.13/7.4
23 OCT/19 TSH 0.490 T4L 1.74/1.7 GLUCOSA BASAL 95 HEMOGLOBINA GLICOSILADA 6.2%
7 JUNIO/19 TSH 0.160 VITAMINA D 69 COLESTEROL 170 HDL 63 TRIGLICERIDOS 114 ACIDO URICO 4.9/5.7 HEMOGLOBINA GLICOSILADA 5.9% PIRIINKS 7.7/7.4
6 MARZO/19 VITAMINA B12 448.70 INSULINA 13.40 GLUCOSA BASAL 85 HEMOGLOBINA GLICOSILADA 5.9%
24 NOV/18 TSH 1.010 T4L 1.64/1.7 COLESTEROL 173 HDL 66 TRIGLICERIDOS 121 GLUCOSABASAL 90 HEMOGLOBINA GLICOSILADA 6.1%
11 AGOSTO/18 PTH INTACTA 40.4 CREATININA 0.67 PIRILINKS 9.56/7.4
11 JULIO/18 VITAMINA D 55 GLUCOSA BASAL 90 HEMOGLOBINA GLICOSILADA 5.9% CPK TOTAL 96/135
GINECOOLOGIA.. (14-08/18)... CCV NEGATIVA SATISFACTORIA EXTENDIO ATROFICO, VITAMINA D TOTAL..55

COPIA COTEJADA CON ORIGINAL
26 NOV 2021
Fecha.
1189

HB GLICOSILADA 5.9
MAMOGRAFIA... 23-07-18... CATEGORIA 2
ECO TV... ENDOEMTRO DE 2.5MM MIOAMTOSIS INCIPIENTE
Resultados de Imagenologia: ****** DMO 18-12-20 SE DESCONBCE EQUIPO NO VIENE EN REPORTE L3L4 DMO 0.740 T -3.8 Z -2.2 CFI DMO 0.666 T -2.6 Z -1.1
20.2.2021 RX DE COLUMNA DORSOLU7MBAR BLUE CARE ALTURA, ALINEACION DE CUERPOS VERTEBRALÑES CONSERVADA, OSTEOFITOS ANTERIORES, ESPONDILOARTROSIS INTERFACETARIA EN ARCO PSOTERIOR

MAMOGRAFIA 18-12-20..... BI-RADS 3 NODULOS SOLIDOS EN MAMA IZQ QISTE SIMPLE EN MAMA IZQUIERDA ECO MAMA 18-12-20 BI-RADS 3
ECO PELVICA TRANSVAGINAL... 17-12-20... ENDOMETRIO DE 3.7MM OAVRIO IZQ DE ASPECTO ATROFICO DE 1.4CC HCIA L EPOLO SUPERIRO DEL OVARIO SE APRECIA IMAGEN QUE PUEDE CORRESPONDER A UN QUISTE PARAOAVRICO HIDROSALPINGX vS CISTOADENOMA. 10X11X10MM A COREELACIONAR CON MARCAODRES.

==========

20 MARZO/19 ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL OIC OCUNTRY HIGADO NORMAL
11-06-2011 RX COLUMNA LUMBOSACRA MUESTRA DISMINUCION DE ALTURA DE T12 Y POSIBLEMENTE T11

10 FEB/20 DEXA LUNAR MEDPLUS			19 JULIO/18 DEXA LUNAR CENTRO DE ENFERMEDADES MAMARIAS		
L1 - L4	0.926	T -2.2 (78%)			
L3 - L4	0.896	T -2.6 (74%)	0.894	T -2.6	Z-1
CUELLO IZQ	0.803	T -1.7 (77%)	0.735	T -2	Z -0.7
CUELLO DER	0.755	T -2 (73%)	0.721	T -2.2	Z -0.8

ESTADO GENERAL

Describa Estado General: BUEN ESTADO VIDEOLLAMADA

SIGNOS VITALES

Talla: 1,56 Metros
Peso: 70,00 Kilogramos **Indice de masa corporal:** 28,76 **Perimetro abdominal:** 102 Centimetros **Frecuencia cardiaca x min:** 1 **Frecuencia respiratoria x min:** 1
Temperatura (ºC): 36,0 **Tension arterial sistolica sentado:** 1 Milímetros de mercurio **Tension arterial diastolica sentado:** 1 Milímetros de mercurio

RIPS CONSULTA

Causa externa: Enfermedad general
Finalidad de la consulta: Detección de alteraciones del adulto
Principal Ingreso: M810 - OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA, SIN FRACTURA PATOLOGICA
Tipo principal: Confirmado repetido, **Relacionado 1 Ingreso:** E039 - HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO
, **Relacionado 3 Ingreso:** E782 - HIPERLIPIDEMIA MIXTA

INTERPRETACIÓN

Análisis: PACIENTE FEMENINO EN LA SPETIMA DECADA DE LA VIDA CON LOS SIGUIENTES ASPECTOS A COSNIDERAR POR ENDOCRINOLOGIA

1. OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA SIN FRACTURAS REFERIDAS, 4 DOSIS DE AC ZOLEDRONICO ULTIMA 2019, NUEVA DENSITOMETRIA CON OSTEOPOROSIS DE COLUMNA CON MUY BAJA DENSIDAD MINERAL OSEA, T SCORE < 3.5SD Y Z < -2.0SD MUY ALTO RIESGO DE FRACTURA SE HIZO SWITCH A TERAPIA ANABOLICA TERIPARATIDE 20MCG DIA FORTEO 2.4ML SE DEJA FORMUAL 6 MESES, SE EXPLICA CLARA AMPLAI Y SUFCIENTEMENTE YA INICIADO TRATAMIENTO NO SE DEBE CAMBIAR LA MOLECULA, NO EXISITE EVIDENCIA CIENTIFICA DE INTERCAMBIABILDIAD DE MEDICAMENTO, NO SE PUEDE HACER CAMBIOD E MARCA

** CALCIO Y CALCIURIA NORMAL NO REQUIERE SUPLENCIA

2. SUFICIENCIA DE VITAMIAN D CONTINUA DOSIS ESPACIADA FIJA 4 DIAS AL MES
3. OBESDAD GRADO I CON DISLIPDEIMIA EN CONTROL, PREDIABETES CON HBA1C EN ASCENSO, CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA, CONTINUA METFORMINA Y ROSUVASTATINA IGUAL SE HACEN CORRECCIOENS EN PALNDE ALIMENTAICON, 2 PORCIONES DE FRUITA AL DIA, MASTICADA, NO JUGOS, NO ÁSTELES PSOTERES NO PRODUCTOS DE PANADERIA

4. OSTEOSARCOPENIA YA VISTA M DEPORTE SE INCENTIVA A CONTINUAR

5. HIPOTIRODISMO PRIAMRIO EN SOBRESUPLENCIA CONTINUA EUTIROX 75.5 Y 50*1 CONTROL 2 MESES CON TSH Y T4L

CONTROL CONE STUDIOS 3 MESES HBA1C TSH
Plan de tratamiento, Recomendaciones y Educacion: CONTROL 3 MESES
Fecha del proximo control: 16/02/2022
ORDEN DE CONSULTA:
24/11/2021 12:32 - Consulta - ENDOCRINOLOGIA TELEMEDICINA - MARY YOMMARA FORERO CASTELBLANCO
890206 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA

Cantidad
1

24/11/2021 12:32 - Consulta - ENDOCRINOLOGIA TELEMEDICINA - MARY YOMMARA FORERO CASTELBLANCO

890344 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA	1
ORDEN DE LABORATORIO:	**Cantidad**
24/11/2021 12:33 - Laboratorio - ENDOCRINOLOGIA TELEMEDICINA - MARY YOMMARA FORERO CASTELBLANCO	
904904 HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE	1
904921 TIROXINA LIBRE [T4L]	1
903426 HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES	1

MARY YOMMARA FORERO CASTELBLANCO
CC 30336527
N° de registro:
ENDOCRINOLOGIA TELEMEDICINA

COPIA COTEJADA CON ORIGINAL
Fecha 26 NOV 2021
LICENCIA 1189
MIN COMUNICACIONES

BlueCare

BLUECARE SALUD S A S
NIT - IPS001
PLUS ES MAS
KR 14 # 94 49 - 5924501 - Bogotá y Telemedicina - Colombia

FORMULACIÓN MÉDICA

N° de registro: 515413 **Fecha registro :** 24/11/2021 12:38:57 p. m.

Apellidos:	OCHOA MEDINA	**Nombres:**	MYRIAN
Tipo Identificación:	CC	**Número documento:**	41620703
Fecha de Nacimiento:	20/08/1953	**Edad:**	68 Años/3 Meses/4 Dias
Género:	Femenino	**Ocupación:**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Dirección:	CL 25B # 32A-48 INT 4 AP 714 CJ RES TAKA (AC)	**Teléfono:**	2690762
Fecha registro :	24/11/2021 12:38	**Fecha atención:**	24/11/2021 12:38

Item	Cantidad	Frecuencia	Días Tratamiento	Vía administración	Concentración	Observaciones
TERIPARATIDE SOLUCION INYECTABLE PLUMA PRELLENADA 2.4ML 250MCG	6	DIARIA	180	SUBCUTANEA	20MCG	PACIENTE HA RECIBIDO 6 MESES DE FORTEO, REQUIERE CONTINUAR TRATAMIENTO CON MISMA MARCA DE TRATAMIENTO APLCAIR 20MCG SUBCTANEOS CADA DIA HASTA COMPLETAR 2 AÑOS DE TRATAMIENTO

MARY YOMMARA FORERO CASTELBLANCO CC 30336527
N° de registro:

UT UNION TEMPORAL
ALIANZA ATENCIÓN INTEGRAL
NIT 901070561-8

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN
11449-27959575

EXPEDICIÓN (FECHA DD/MM/AAAA HH:MMam)		MÉDICO ADSCRITO / IPS (CÓDIGO Y NOMBRE)
25/11/2021 4:35PM		11449 BLUECARE-FARMACIAS
CIUDAD	**LÍNEA UT**	
BOGOTA	01800184000 - 7420101	

DATOS AFILIACIÓN - BENEFICIARIO

NOMBRE AFILIADO - BENEFICIARIO	No DOC. IDENTIFICACIÓN	PRODUCTO
MYRIANOCHOA MEDINA	41620703	POSC

RANGO	TIPO DE USUARIO	MP TIPO PLAN	TIPO DE CONSULTA
A	Beneficiario	U3 UT-3 NUEVA EPS - 0	General

No. CONTRATO	FECHA NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA - TELÉFONO	DPTO/MUNICIPIO USUARIO
31585602	20/08/1953	CL 25B # 32A-48 INT 4 AP 714 CJ RES TAKA TEL. 2690762	BOGOTA

ORIGEN	TIEMPO DE EVOLUCIÓN	RECOBRO	RECOBRO PARA
EG	0 Años 0 Meses 0 Días	NO	

MÉDICO REMITENTE/NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
BLUECARE-PALERMO

DATOS PRESTADOR

NOMBRE	DIRECCIÓN - TELÉFONO	NIT
BLUECARE-FARMACIAS	KR 14 94 49 - 5226895 - 3233750|, BOGOTA, BOGOTÁ	900496494

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
OSTEOPOROSIS POSTMENOPAUSICA, SIN FRACTURA PATOLOGICA M810 OBS:

MOTIVO
UT NUEVA EPS CANCELA CUOTA MODERADORA RANGO C MCR

DETALLES DEL SERVICIO

[Cant. 1] MD008391 TERIPARATIDA 250 MCG/ML AMPOLLA X 2,4 ML (MP)

Cancela Cuota Moderadora: $ 3.500. Esta autorización no tiene cobertura por los planes de Medicina Prepagada. Se autoriza dentro del plan de complementariedad (UT). Bajo las condiciones del Plan Obligatorio de Salud

AUTORIZADOR monicars		
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO PRESTADOR	FIRMA USUARIO - RECIBÍ CONFORME

UNIÓN TEMPORAL
ALIANZA ATENCIÓN INTEGRAL
SUPERSALUD Res. 2041 del 2 de Diciembre de 1991, Res. 1454 del 29 de Agosto de 2007

VIGENCIA Orden válida desde 25/11/2021 hasta 24/12/2021 Noviembre

Señor usuario recuerde que:
Esta orden es personal e intransferible y solo da derecho a recibir los servicios indicados.
Esta orden será cancelada por UT, solamente con el sello y el timbre de caja.
Debe revisar la vigencia de la orden de acuerdo a la fecha en que ha sido expedida y de ser necesario solicitar la renovación de la misma antes de que llegue a su vencimiento.

OBSERVACIONES
Señores prestadores:
Luego de ser prestado el servicio le agradecemos enviarnos la respectiva cuenta de cobro, adjuntando la presente autorización y el resumen de la historia clínica o el resultado de los análisis o procedimientos de Diagnóstico.
Esta orden es el soporte de la facturación presentada a UT y debe ser entrega da a mas tardar 60 días después de la fecha de emisión.

DECLARACIÓN
Las firmas del médico o institución y el beneficiario certifican haber prestado el servicio indicado en esta orden a satisfacción.

Nombre Myriam Ochoa
Cedula No 41620703
Telefono 3105778178
Firma: [signature]

COPIA COTEJADA CON ORIGINAL
26 NOV 2021
Fecha
MIN C