

Informe de Balance de Nidia 2023

Mt Rs <ariasmarthaines7@gmail.com>

Lun 15/04/2024 2:41 AM

Para:Juzgado 02 Promiscuo Familia Circuito - N. De Santander - Pamplona <j02prfctopam@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (10 MB)

Balance Nidia 2023..pdf;

San José de Cúcuta, abril 15 de 2024

JUZGADO SEGUNDO PROMISCOUO DE FAMILIA

Pamplona Norte de Santander

J02prfctopam@cendoj.ramjudicial.gov.co

E. S. D.

Radicado: 54-518-31-84-002-2009-00042-00

PROCESO: INTERDICCION DISCAPACIDAD MENTAL

ASUNTO: INFORME DEL BALANCE VIGENCIA 2023

DISCAPACITADA: NIDIA BEATRIZ VERA MIRANDA

DEMANDANTE: OLGA MIRANDA QUINTERO (Q.E.P.D.)

Respetada Señora Juez:

En mi condición de guardadora de la señora **NIDIA BEATRIZ VERA MIRANDA**, mi pupila, por este medio me permito presentar a su despacho, dentro del término concedido lo siguiente:

1. INFORME DEL BALANCE INVENTARIO DE BIENES DE MI PUPILA NIDIA BEATRIZ VERA MIRANDA, CORRESPONDIENTE DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2023 (VIGENCIA 2023), JUNTO CON LOS DOCUMENTOS SOPORTES, PARA LA CUAL SE ENVIA AL CORREO ELECTRONICO DEL JUZGADO. J02prfctopam@cendoj.ramjudicial.gov.co

1.1 GASTOS GENERALES O EGRESOS:

- **Alimentos** para la pupila por 3 meses a razón de: 800.000 mensual, para un total **\$2.400.000**
- **Gastos de transporte**, se utilizó tantos servicios públicos para trasladar a la pupila a cumplir citas médicas y así también buscar los medicamentos y pendientes en la IPS según las fórmulas médicas, consultas médicas generales y especializadas (8) a razón de 70.000 mensuales para un total de 560.000
- **Gastos de papelería y fotocopias**, se utilizó mensual \$20.000 a 8 meses un total de \$160.000 son fotocopias para entrega de medicamentos, historias clínicas, ordenes médicas, cedula, citas médicas y demás
- **Gastos de útiles de aseo**, este gasto comprende jabón de baño, papel higiénico, toallitas húmedas, guantes quirúrgicos para el aseo personal como el baño, champú, crema de dientes, crema de manos y cuerpo, copitos para limpiar los oídos. 3 meses a razón de \$80.000 pesos mensual para un total de \$240.000
- **Corte de cabello**, 4 veces al año se le corta el cabello cada corte por la suma de \$10.000 para un total de \$40.000

FUNDACIONES:

Gastos de pago de fundaciones

- **FUNDACION BUEN JESUS:** inicio el 3 de abril y finalizo el 30 de abril del 2023 ese mes costo \$600.000
- **FUNDAMI:** inicio el 11 de mayo a diciembre del 2023 a razón \$650.000 mensuales para un total de \$5.200.000

A partir del mes de abril la ingrese a la fundación EL BUEN JESUS, luego la traslade a FUNDAMI para ofrecerle en esta última fundación una mejor calidad de vida

Total, de gastos generales \$9.200.000

Quedo un capital de \$8.101.000

2. **INFORME SOBRE LA SITUACION PERSONAL DE MI PUPILA NIDIA BEATRIZ VERA MIRANDA DISCAPACITADA, CON RECuento DE LOS SUCESOS DE IMPORTANCIA ACAECIDOS DURANTE EL LAPSO DE TIEMPO DEL 2023, ASI MISMO DICTAMEN MEDICO SOBRE EL ESTADO ACTUAL**

MI PUPILA NIDIA BEATRIZ VERA MIRANDA, se encuentra bajo el control de nutrición a través de **PREVISALUD Y PROMONORTE**, psiquiatría consulta externa por medio de la **ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO**, afiliada a la empresa **COESALUD EPS S.A.**

Motivos de consulta: enfermedades actuales: desnutrición moderada, depresión Potesquizofrenica, Demencia no especial, estreñimiento, plan alimenticio Dieta con suplemento ensure para recuperar nutrición, control y vigilancia **PROMONORTE** así también hay orden de entrega de pañales para adulto talla M 3 al día entregados por IMSALUD, con soporte nutricional de Ensure.

Se resalta Estado de conciencia: consciente, nivel de orientación: orientada en persona, desorientada en tiempo y espacio.

Sucesos de importancia

-Debido a la avanzada edad de mi pupila cada día a perdido mas el control de sus esfínteres y también ha ido perdiendo la memoria.

-con respecto al estado general de la pupila se encuentra estable

PRUEBAS DOCUMENTALES:

Se anexa en Texto PDF todas y cada una de las pruebas que soportan el presente informe, desde el punto de vista el balance como también la parte de informe personal médico de mi pupila.

Para la audiencia virtual les agradezco me envíen el enlace y el link del proceso para tener acceso y así poder exponer mediante de la virtualidad del presente informe en cumplimiento de lo ordenado por su despacho en el auto del pasado 1 de abril

Con Toda atención:


MARTHA INES ARIAS VERA

C.C No 60.362.449 expedida en Cúcuta

Anexo lo enunciado en 30 folios.



SALUD SOCIAL S.A.S.
Direccion Calle 5 # 0 - 11 Lleras
Telefono 607 595 6605

NUTRICION Y DIETETICA

Nº Historia Clínica: 27732612

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NIDIA BEATRIZ VERA MIRANDA **Identificación:** Cédula Ciudadanía 27732612 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 19/agosto/1959 **Edad Actual:** 63 Años / 5 Meses / 12 Días **Estado Civil:** Soltero
Dirección: MZ D 26 LOTE 22 **Teléfono:** 3102910369
Barrio: SIN BARRIO **Procedencia:** SIN DIRECCION
Ocupación: **Correo Electronico:** noresponde@previsalu.com.co

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: COOSALUD MODELO RIESGO ENDOCRINO Y METABOLICO **Nivel - Estrato:** SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)
Tipo de contrato: Factura_Global **Tipo:** Subsidiado

DATOS DEL INGRESO

FOLIO Nº 3

(Fecha: 30/01/2023 08:50 a. m.)

Acompañante: **Parentesco:** **Teléfono Acomp:**
Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 188132

DATOS DE LA ATENCIÓN
ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS QUIEN A ESTA A CONSULTA CONTROL CON PERDIDA PROGRESIVA DE PESO PERSISTE DESNUTRICION PROTEICO CALORICA SEVERA CON ANTECEDENTES DE DEPRESION POSTESQUIZOFRENICA EN TTO Y SEGUIMIENTO PACIENTE SOLO RECIBE LICUADOS RECIBE SUS TRES COMIDAS PRINCIPALES EN EL HOGAR DE MANERA FRACCIONADA EN OCASIONES OMITE TIEMPOS DE ALIMENTACION APARENTE ADHERENCIA AL TTO ES SEDENTARIA HABITO INTESTINAL ESTREÑIMIENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CONTINUA CON PLAN ALIMENTARIO Y SE RECOMENDACIONES Y SE INDICA SUPLEMENTACION COPN ENSURE ENCESARIOS RPA SU RECUPERACION NUTRIFICIONAL

Enfermedad Actual

DESNUTRICION PROTEICO CALORICA SEVERA

DEPRESION POSTESQUIZOFRENICA

CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Personales	15/11/2022 6:29:56 a. m.	DESNUTRICION PROTEICO CALORICA MODERADA POSTESQUIZOFRENICA DEPRESION

FACTORES DE RIESGO

Estado Nutricional	Bajo Peso	DESNUTRICION PROTEICO CALORICA SEVERA
Disminucion De Peso	No	
Ejercicio	No	
Fuma	No	
Alcohol	No	

HABITOS NUTRICIONALES

Desayuno	PAN JAMON QUESO CHOCOLATE
Merienda Mañana	NO
Almuerzo	SOPA DE EVRDUR4AS LICUADA JUGODE MORA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

1/2

Usuario: 1127044517

30/01/2023

Merienda Tarde ENSURE
 Comida SOPA DE EVRDUR4AS LICUADA JUGODE MORA
 Merienda Noche ENSURE
 ¿Ha Tenido Prescripcion De Dieta? SE IDNCAIDNEIAT HIPSOODICA HIPOGARSA HIPOGLSUDIA
 ¿Quien Le Prepara Los Alimentos? LA HIJAS

SIGNO VITAL

PAS : PAD : TAM : FC : FR : TEMP : Peso : 35 Talla : 148 IMC : 1575,0
 0
 Per Cintura : 77 Per Cadera : 81 Indice Cintura Cadera : 95 Superficie Corporal : 121,00 Escala Dolor : 1

EXAMEN FISICO

Estado General
 Circunferencia Del Carpo
 Pliegues Cutaneos - Abdominal
 Pliegues Cutaneos - Bicipital
 Pliegues Cutaneos - Supralliacio

DIAGNOSTICOS

Tipo diagnostico	Código	Nombre	Diagnostico
Impresion_Diagnostica	F204	DEPRESION POSTESQUIZOFRENICA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
Impresion_Diagnostica	E43X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA	<input type="checkbox"/> Principal
Impresion_Diagnostica	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	<input type="checkbox"/> Principal

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Otra

INDICACIONES MEDICAS

DENSUTRICION PROTEICOC ALORCA SEVERA
 SE INDICA DIETA HIPOGLUSIDA HIPOGRASA HIPOSODICA
 HÁBITOS ALIMENTARIOS ADECUADOS, DIETA HIPO SÓDICA (CONSUMO DE SAL MENOS DE 3 GRAMOS DÍA), HIPO GRASA(PREFERIBLEMENTE COMIDA ASADA O SUDADA. NO CONSUMO DE CARNES GORDAS, CARNE DE CERDO, PIEL DEL POLLO, VÍSCERAS DE ANIMALES COMO HÍGADO, INTESTINOS, ETC. EVITAR EL CONSUMO DE ALIMENTOS FRITOS.). DISMINUIR EL CONSUMO DE CARBOHIDRATOS (ARROZ, PAPA, YUCA, PLÁTANO, AZÚCAR, ETC.), AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS, VEGETALES Y PESCADO
 -ACTIVIDAD FÍSICA
 -BUEN ESTILO DE VIDA: NO FUMAR, EVITAR SEDENTARISMO, REDUCCIÓN DE PESO, EVITAR EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.
 -BUENAS RELACIONES FAMILIARES
 CONTROL EN TRES MESES

SE INDICA SUPKLEMENTACION CON ENSURE LATA POR 900 GR
 DILUIR 50 GR EN 240 CC DE AGUA UNA TOMA DIA TTO POR DOS MESES
 DOS LATAS MES
 CUATRO LATAS TTO POR DOS MESES

SE REFUERZAN REOCENNCIAOESN NUTRICIOANELS



Dra. Mariana Micolta G.
 CC 1127044617
 TP 7136

MICOLTA GALLARDO MARIANA DEL PILAR
 NUTRICION Y DIETETICA
 1127044617 o 1127044617

Nombre reporte : HCRPHistoBase

2/2
 Usuario: 1127044617

30/01/2023, 8:51 a. m.



HOSPITAL MENTAL
Rudesindo Soto

ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Nro. ATENCIÓN 00450307
REGISTRO MÉDICO 00251390
FECHA 03/02/2023

CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nro.Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo	Página
27732612	NIDIA BEATRIZ VERA MIRANDA	CC27732612	63 A	F	1
Dirección del Paciente	CUCUTA, ,MZ D 26 LOTE 22 TORCOROMA 2				
Empresa	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso	Hora Egreso	
COOSALUD EPS-S SA	03/02/2023	11:08	03/02/2023	11:16	

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

MOTIVO DE LA CONSULTA

asiste a control

ENFERMEDAD ACTUAL

asiste con la hermana, paciente dependiente de clonazepan, la hermana refiere recibe el tratamiento refiere crisis de iritabilidad y explosividad, conductas autoagresivas

ESTRESORES PSICOSOCIALES RECIENTES:

Enfermedad familiar, .

ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

Quirurgico:

coelap reciente

Psiquiatrico:

trastono afectivo

REVISIÓN POR SISTEMA

Nervioso: NO REFIERE.

Endocrino, metabólico y nutricional: NO REFIERE.

Respiratorio: NO REFIERE.

Cardiovascular: NO REFIERE.

Genitourinario : NO REFIERE.

Musculoesquelético : NO REFIERE.

Piel, pelo y uñas: NO REFIERE.

Hemolinfático: NO REFIERE.

Otros : NO REFIERE

EXAMEN FÍSICO

Fecha y Hora:03/02/2023(11:09), Talla:155.00,

Peso: 34.00 Ind.Masa:14.1500.

T.A.:100/60, F.C.:, TEMP.: 0.0, F.R.:.

Observaciones:

EXAMEN FÍSICO

Médico ordena la salida

ANDREA DEL PILAR CAMPEROS C C.C.52264727

PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:

EXAMEN FÍSICO

Hallazgos :

Cabeza: NO EVALUADO

Ojos: estrabismo

ORL: NO EVALUADO

Cuello: NO EVALUADO

Torax: NO EVALUADO

Cardio-Pulmonar: NO EVALUADO

Abdomen: NO EVALUADO

Pelvis: NO EVALUADO

Extremidades: NO EVALUADO

GU : NO EVALUADO

Neurológicos: NO EVALUADO

Columna: NO EVALUADO

Piel y Mucosas: NO EVALUADO

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Estado de conciencia:

CONCIENTE

Nivel de orientación:

orientada en persona, desorientada en tiempo y espacio

Actitud:

pueril

Afecto:

aplanamiento afectivo

Pensamiento:

pobreza idetiva

Sensopercepción:

iega

Juicio de realidad:

intervenido

Introspección:

Andrea Camperos Cubero
ESPECIALISTA PSIQUIATRIA
C.C. 52.264.727



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Nro. ATENCIÓN	00450307
REGISTRO MÉDICO	00251390
FECHA	03/02/2023

CONSULTA EXTERNA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Página 2

Nro. Historia	Nombre Paciente	Nro. Identific.	Edad	Sexo	
27732612	NIDIA BEATRIZ VERA MIRANDA	CC27732612	63 A	F	
Dirección del Paciente	Empresa	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Egreso	Hora Egreso
CUCUTA,,MZ D 26 LOTE 22 TORCOROMA 2	COOSALUD EPS-S SA	03/02/2023	11:08	03/02/2023	11:16

RESUMEN DE LA ATENCIÓN

Introspección:

pobre

MEDICO TRATANTE

ANDREA DEL PILAR CAMPEROS C

Funciones mentales superiores

(cognitivas):

NE

IMPRESION DIAGNOSTICA

F132 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O HIPNOTICOS: SINDROME DE DEPENDENCIA
 F063 TRASTORNOS DEL HUMOR [AFECTIVOS], ORGANICOS

PRUEBAS ORDENADAS

Fecha :03/02/2023 Medico :ANDREA DEL PILAR CAMPEROS C Procedimiento :CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA Cantidad :1

TRATAMIENTO

Formulación :

Fecha :03/02/2023 Medico :ANDREA DEL PILAR CAMPEROS C Medicamento :CLONAZEPAM 0.5 MG Cantidad :60 Dosificacion :una cada 12hrs
 Fecha :03/02/2023 Medico :ANDREA DEL PILAR CAMPEROS C Medicamento :ACIDO VALPROICO 250MG/5ML JARABE Cantidad :3 Dosificacion :2.5cc cada 12hrs

Observaciones :

tratamiento para un mes

MOTIVO DE SALIDA

CONDUCTA:

Paciente con dependencia al clonazepan, se explica a la hija uso cronicos de medicamenots, inco acido valproico, , signos de alarma

Médico ordena la salida

ANDREA DEL PILAR CAMPEROS C C.C.52264727
 PSIQUIATRIA

Firma y Sello del Médico:


 Andrea Camperos Cordero
 ESPECIALISTA PSIQUIATRIA
 C.C. 52.264.727



CONSULTA MÉDICA

Consulta Externa

FECHA : 8/02/2023 04:41

INGRESO : 6850728

VERA MIRANDA NIDIA BEATRIZ

CC - 27732612

Edad : 63 Años 5 Meses 20 Días

Sexo : Femenino

Nacimiento : 19/08/1959

Teléfono : 3102910369

Dirección : MZD 26 LOTE 22 TORCOROMA 2

Empresa : COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. - SUBSIDIADO

Ocupación : NO SE TIENE INFORMACION

CAUSA EXTERNA: 13 - 13. Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - 10. No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: ALERTA ORIENTADA

MOTIVO CONSULTA: CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE QUIN ACUDE A EN COMPAÑIA DE LA HERMANA PARA FORMULACION DE DROGA DE CONTROL FUE VALORADA OR PSIQUIATRIA QUIN ORDENO ACIDO VALPROICOS Y CLONAZEPMNA POR TRATORNOS DE CONDUCTA

PARACLINICOS :

ANTECEDENTES :

GINECOLÓGICOS: GO PO AO EO CO VO

QUIRÚRGICOS: COLELAP - FAUQUETOMIA IZQUERDO

TRANSFUSIONALES: NO HASTA LA FECHA DE HOY 28 DE JULIO DEL 2022

TRAUMÁTICOS: NO HASTA LA FECHA DE HOY 28 DE JULIO DEL 2022

HOSPITALIZACIONES: CIRUGIA

PATÓLOGICOS: TRASTORNO PSIQUIATRICO ESQUIZOFRENIA CONTROL POR PSIQUIATRIA : CLONAZEPAN 0.5 MG VIA ORAL CADA 12 HORAS

TOXICOLÓGICOS: NIEGA

REVISION POR SISTEMAS :

RESPIRATORIO (Normal). NEUROPSIQUIATRICO (Normal). ORGANOS DE LOS SENTIDOS (Normal). CARDIOVASCULAR (Normal). CARDIOPULMONAR (Normal). NEUROLÓGICO (Normal). CIRCULATORIO (Normal). HEMATOPOYETICO Y LINFATICO (Normal). ENDOCRINOLÓGICO (Normal). GASTROINTESTINAL (Normal). RENAL (Normal). GENITOURINARIO (Normal). PIEL Y FANERAS (Normal). OSTEOMUSCULAR (Normal). OTROS: CUALES? (Normal).

SIGNOS VITALES

Peso : 34.5 kg	Temperatura : 36 °C	Presión Arterial Sistólica: 130 mmHg
Talla : 150 cm	Frecuencia Respiratoria : 16 V x Min	Presión Arterial Diastólica : 80 mmHg
L.M.C. : 15.33 kg/m2	Frecuencia Cardíaca : 80 V x Min	

EXÁMEN FÍSICO :

Boca (Anormal). ANODONCIA TOTAL

Tórax (Normal). PORMINENCIA DEL ROSARO COSTAL PULMONES CLAROS VENTILADOS -RUIDOS CARDICOS RITMICOS NO SOPLOS

Abdomen (Normal). BLANDO DEPRÍSIBLE NO MEGLAIAS

Osteoarticular (Normal). HIPOTORFIA MUSCULAR

CRANEO (Normal). OJOS (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). CUELLO (Normal). GENITOURINARIO (Normal). SISTEMA NERVIOSO (Normal). PIEL (Normal). MÚSCULO - ESQUELETICO (Normal). NEUROLÓGIA - ESFERA MENTAL (Normal). CARDIO PULMONAR (Normal).

PLAN DE MANEJO :

PAÑAL PARA ADULTO TALLA M (Cantidad: 270) PAÑALES SLIM TALL M PARA USO DE 3 PAÑAKLES DIARIOS. 90 MENSUALES ,270 PARA 3 MESES

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IMSALUD

NIT: 807,004,352-3
AV 0A 21 133 BARRIO BLANCO
TEL: 5827007

PLAN DE MANEJO
Consulta Externa
6850728 - 3

FECHA : 08/02/2023 16:57



VERA MIRANDA NIDIA BEATRIZ
CC - 27732612

Edad : 63 Años 5 Meses 20 Días Sexo : Femenino
Nacimiento : 19/08/1959 Teléfono : 3102910369
Dirección : MZD 26 LOTE 22 TORCOROMA 2
Empresa : COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. - SUBSIDIADO
Contrato : I NIVEL 2019

ITEM	DETALLE DEL SERVICIO	CANT	EN LETRAS
1	1504 - PAÑAL PARA ADULTO TALLA M. // PAÑALES SLIM TALL M PARA USO DE 3 PAÑALES DIARIOS MENSUALES ,270 PARA 3 MESES	90	270

DIAGNÓSTICO: R32X F132 N390

CC.79144327 - HERNANDEZ CARRASCO LUIS
C.C. 79144327
MEDICINA GENERAL

Mortis

ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

TEL 5823992 EXT. 132

Cita Nro.: 01520804

Consultorio: 7

CITA MÉDICA

Fecha Cita: Martes 13, Junio, 2023

Hora Cita: 10:40 AM

Historia 27732612	Nro. Ident. 27732612	Nombre Paciente: VERA MIRANDA NIDIA BEATRIZ
Empresa: COOSALUD EPS-S SA		
Profesional: JENNY MILENA ALCENDRA	Especialidad: PSIQUIATRIA	

Consulta: 890384 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN

- Observaciones:
1. Facturar el día de la cita (presentarse media hora antes).
 2. Presentar documentos originales (CC, TI, RC, SISBEN, EPS).
 3. Si es de EPS, presentar Autorización.

Firma Paciente

Firma Autorizada

Usuario: NIRY

Fecha Solicitud: 09/05/2023

Hora Solicitud: 12:24

Fecha ult. Mod: 09/05/2023



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Orden de Procedimientos

Martes 13, Junio, 2023

Nro. Atencion	Documento Nro.	Fecha
00467620	CC 27732612	13/06/2023
Nombre Paciente	Edad	Historia
NIDIA BEATRIZ VERA MIRANDA	63A	27732612
Empresa	Carnet Nro.	
COOSALUD EPS-S SA		
Diagnosticos		
F063,,,		

Procedimientos Ordenados

Codigo	Descripcion	Cantidad
Consulta, Cuidado y Manejo Especialistas		
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	1
Observaciones		
CITA CONTROL PSIQUIATRIA EN 3 MESES.		

Jenny Milena Alcendra Giraldo



JENNY MILENA ALCENDRA
Firma Médico

Firma Paciente



ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT 890500810

CALLE 22 AVE 19 Y 20 BARRIO SAN JOSE

Telefonos : TEL 5823992 EXT. 132

Orden de Procedimientos

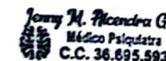
Martes 13, Junio, 2023

Nro. Atencion	Documento Nro.	Fecha
00467620	CC 27732612	13/06/2023
Nombre Paciente	Edad	Historia
NIDIA BEATRIZ VERA MIRANDA	63A	27732612
Empresa	Carnet Nro.	
COOSALUD EPS-S SA		
Diagnosticos		
F063,,,		

Procedimientos Ordenados

Codigo	Descripcion	Cantidad
Consulta, Cuidado y Manejo Especialistas		
890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	1
Observaciones		
CITA CONTROL PSIQUIATRIA EN 3 MESES.		

Jenny Milena Alcendra Giraldo



JENNY MILENA ALCENDRA
Firma Médico

Firma Paciente

**CONSULTA MÉDICA**

Consulta Externa

FECHA : 31/08/2023 09:40

INGRESO : 7527604

Edad : 64 Años 0 Meses 12 Días

Sexo : Femenino

Nacimiento : 19/08/1959

Teléfono : 3102910369

Dirección : MZD 26 LOTE 22 TORCOROMA 2

Empresa : COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. - SUBSIDIADO

Ocupación : NO SE TIENE INFORMACION

CAUSA EXTERNA: 13 - 13. Enfermedad General

FINALIDAD CONSULTA: 10 - 10. No Aplica

ESTADO DE CONCIENCIA: ALERT

MOTIVO CONSULTA: para PAÑALES

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENE QUE PRESENTA CUADRO DE TRASTORNO AFECTIVO EL CUAL ESTA EN TRATAMIENTO POR PSIQUIATRIA ADEMAS PRESENTA INCONTINNCIA URINARIA POR TAL RAZON SOLICITA PAÑALES PARA MEJORAR CALIDAD DE VIDA USA PAÑAL PARA ADULTO TALLA M UTILIZANDO 3 AL DIA SE DA POR 90 DIAS

PARACLINICOS :**ANTECEDENTES :**

GINECOLÓGICOS: GO PO AO EO CO VO

QUIRÚRGICOS: COLELAP - FAQUECTOMIA IZQUERDO

TRANSFUSIONALES: NO HASTA LA FECHA DE HOY 28 DE JULIO DEL 2022

TRAUMÁTICOS: NO REFIERE HASTA EL DÍA DE HOY 31 AGOSTO DEL 2023

HOSPITALIZACIONES: CIRUGIA

PATÓLOGICOS: TRASTORNO PSIQUIATRICO ESQUIZOFRENIA CONTROL POR PSIQUIATRIA : CLONAZEPAN 0.5 MG VIA ORAL CADA 12 HORAS

TOXICÓLOGICOS: NIEGA

REVISION POR SISTEMAS :

RESPIRATORIO (Normal). NEUROPSIQUIATRICO (Normal). ORGANOS DE LOS SENTIDOS (Normal). CARDIOVASCULAR (Normal). CARDIOPULMONAR (Normal). NEUROLÓGICO (Normal). CIRCULATORIO (Normal). HEMATOPOYETICO Y LINFATICO (Normal). ENDOCRINOLÓGICO (Normal). GASTROINTESTINAL (Normal). RENAL (Normal). GENITOURINARIO (Normal). PIEL Y FANERAS (Normal). OSTEOMUSCULAR (Normal). OTROS CUALES? (Normal).

SIGNOS VITALES

Peso : 33.7 kg

Temperatura : 35.6 °C

Presión Arterial Sistólica: 120 mmHg

Talla : 147 cm

Frecuencia Respiratoria : 18 V x Min

Presión Arterial Diastólica : 70 mmHg

I.M.C. : 15.6 kg/m2

Frecuencia Cardíaca : 84 V x Min

EXÁMEN FÍSICO :

Ojos (Anormal). PERDIDA DE AGUDEZA VISUAL AMBOS OJOS

Genitourinario (Anormal). INCONTINENCIA URINARIA

Sistema Nervioso (Anormal). DEFICIT NEUROLOGICO

Piel (Anormal). PALIDES MUCOCUTNAEA

CRANEO (Normal). OÍDOS (Normal). NARIZ (Normal). BOCA (Normal). CUELLO (Normal). TÓRAX (Normal).

ABDOMEN (Normal). OSTEOARTICULAR (Normal). MÚSCULO - ESQUELETICO (Normal). NEUROLOGÍA - ESFERA MENTAL (Normal).

CARDIO PULMONAR (Normal).

PLAN DE MANEJO :

PAÑAL PARA ADULTO TALLA M (Cantidad: 270) UTILIZAR 3 AL DIA POR 90 DIAS

VALPROICO ACIDO TABLETA O CAPSULA 250 MG (Cantidad: 270) 1 TAB CADA 8 HORAS POR 90 DIAS VÍA ORAL

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO IMSALUD

NIT: 807,004,352-3
AV OA 21 133 BARRIO BLANCO
TEL: 5827007

PLAN DE MANEJO

Consulta Externa
7527604 - 3

FECHA : 31/08/2023 09:47

**VERA MIRANDA NIDIA BEATRIZ****CC - 27732612****Edad :** 64 Años 0 Meses 12 Días**Sexo :** Femenino**Nacimiento :** 19/08/1959**Teléfono :** 3102910369**Dirección :** MZD 26 LOTE 22 TORCOROMA 2**Empresa :** COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. - SUBSIDIADO**Contrato :** I NIVEL2019

ITEM	DETALLE DEL SERVICIO	CANT	EN LETRAS
1	1504 - PAÑAL PARA ADULTO TALLA M . // UTILIZAR 3 AL DIA POR 90 DIAS	270	DOSCIENTOS SETENTA

DIAGNÓSTICO: F063 R32X

JOSE LUIS CASTILLO A.
Médico General
U. Metropolitana
R.M. 0626

CC.88208848 - CASTILLO ARDILA JOSE LUIS
Tarjeta Médica Nro. 0626
MEDICINA GENERAL



Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)

2023-08-31 09:51:43

Nro. Prescripción

20230831198036733139

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: NORTE DE SANTANDER	Municipio: CÚCUTA	Código Habilitación: 540010086101
Documento de Identificación: 807004352	Nombre Prestador de Servicios de Salud: E.S.E. IMSALUD	
Dirección: AVENIDA 0A N° 21-133 BARRIO BLANCO	Teléfono: 5927007 - 5763772	

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: CC27732612	Primer Apellido: VERA	Segundo Apellido: MIRANDA	Primer Nombre: NIDIA	Segundo Nombre: BEATRIZ
Número Historia Clínica: 27732612	Diagnóstico Principal: R32X INCONTINENCIA URINARIA. NO ESPECIFICADA	Usuario Régimen: SUBSIDIADO	Ambito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO	

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Tipo prestación	Servicio Complementario	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidad	Frecuencia Uso	Duración Tratamiento (Cantidad - Período)	Cantidad Total
SUCESIVA	PAÑALES	PACIENTE CON INCONTINENCIA URINARIA EL CUAL SE DA ORDEN DE PAÑALES TALLA M ADULTO PARA UTILIZAR 3 AL DIA POR 90 DIAS PARA MEJORAR CALIDAD DE VIDA	1	8 HORA(S)	90 DÍA(S)	270

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC88208848	Nombre: JOSE LUIS CASTILLO ARDILA
Registro Profesional: 0626	Firma:
Especialidad:	CodVer: 5A975A01C0F1D76D-E015-B30F-7188-87DA

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018.Art. 13. Numeral 5.

JOSE LUIS CASTILLO A.
Firma
Médico General
U. Metropolitana
R.M. 0626



La salud es de todos Minsalud

FORMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)

2023-06-02 13:10:31

Nro. Prescripción

20230511138035854505

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: CUCUTA	Municipio: CUCUTA	Código Habilitación: 540010244205
Documento de identificación: 802023344	Nombre Prestador de Servicios de Salud: SALUD SOCIAL SAS PROMONORTE IPS	
Dirección: AV. 2 # 19-90	Teléfono: 3017827218 - 3107408951	

DATOS DEL PACIENTE

Documento de identificación: CC27732612	Primer Apellido: VERA	Segundo Apellido: MIRANDA	Primer Nombre: NIDIA	Segundo nombre: BEATRIZ
Número Historia Clínica: 08:52:43	Diagnóstico Principal: E440-Desnutricion proteico-calorica moderada	Usuario Régimen: Subsidiado	Ámbito de atención: Ambulatorio – Priorizado	

PRODUCTOS DE SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo prestación	Producto de Soporte Nutricional / Forma	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones especiales	Duración tratamiento	Recomendaciones	Cantidades farmacéuticas	Junta_Prof
Sucesiva	150412-Ensure advance	56		24 Hora(s)	Sin Indicación especial	90 Día(s)	CONSUMIR EN LA NOCHE	6	Evaluada por la junta de profesionales y fue aprobada

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de identificación: CC1090375170	Nombre: DIANA PATRICIA PRIETO BLANCO
Registro profesional: 05071	Firma
Especialidad:	Cod Ver: 181.48.47.130

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 1885 de 2018, Art 13, Numeral 8.

15

15



**MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL**

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2023-05-11 08:52:43
Nro. Prescripción
En Junta de Profesionales de la Salud

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: NORTE DE SANTANDER	Municipio: CUCUÍA	Código Habilitación: 540010244205
Documento de Identificación: 802023344	Nombre Prestador de Servicios de Salud: PROMONORTE IPS EL PARQUE	
Dirección: AV. 2 # 19-90	Teléfono: 3017827218 - 3107408951	

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: CC27732612	Primer Apellido: VERA	Segundo Apellido: MIRANDA	Primer Nombre: NIDIA	Segundo Nombre: BEATRIZ
Número Historia Clínica: 27732612	Diagnóstico Principal: E440 DESNUTRICIÓN PROTEICOALORICA MODERADA	Usuario Régimen: SUBSIDIADO	Ambito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO	

PRODUCTOS PARA SOPORTE NUTRICIONAL

Tipo prestación	Producto para Soporte Nutricional / Forma	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Latas / Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	ESTÁNDAR - DISTRIBUCIÓN NORMAL DE LA DIETA-ENSURE ADVANCE POLVO 850 G / LATA	66 GRAMO(S)	ORAL	24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	CONSUMIR EN LA NOCHE	6 / SEIS / LATA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC1090375170	Nombre: DIANA PATRICIA PRIETO BLANCO
Registro Profesional: 05071	
Especialidad:	CodVer: 3E45-04D0-3FEE-F4CC-02A1-050A-B0CD-A00A

Esta solicitud está en análisis por la Junta de Profesionales de la Salud. Comuníquese con su EPS.

16



SALUD SOCIAL S.A.S.
Direccion Calle 5 # 0 - 11 Lleras
Telefono 607 595 6605
NUTRICION Y DIETETICA

Vº Historia Clínica: 27732612

DATOS PERSONALES	
Vombre Paciente:	NIDIA BEATRIZ VERA MIRANDA
Fecha Nacimiento:	19/agosto/1959 Edad Actual: 63 Años / 8 Meses / 22 Dias
Dirección:	MZ D 26 LOTE 22
Barrio:	OTRO
Ocupación:	
Identificación:	Cédula Ciudadanía 27732612 Sexo: Femenino
Estado Civil:	Soltero
Teléfono:	3102910369
Procedencia:	CUCUTA
Correo Electronico:	noresponde@previsalu.com.co

DATOS DE AFILIACIÓN	
Entidad:	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Plan Beneficios:	COOSALUD MODELO RIESGO ENDOCRINO Y METABOLICO SUBSIDIADO
Tipo de contrato:	Factura_Global
Régimen:	Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato:	SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)
Tipo:	Subsidiado

DATOS DEL INGRESO	
Acompañante:	Parentesco:
Dirección Resp:	Nº Ingreso: 468717
FOLIO N° 6	(Fecha: 11/05/2023 08:53 a. m.)
Teléfono Acomp:	

DATOS DE LA ATENCIÓN ANAMNESIS

Motivo de la Consulta
 PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS QUIEN AISTA ACONSULTA CONTROL CON PERDIDA PROGRESIVA DE PESO PERSISTE DESNUTRICION PROTEICO CALORICA SEVERA CON ANTECEDENTES DE DEPRESION POSTESQUIZOFRENICA EN TTO Y SEGUIMIENTO, PACIENTE SOLO RECIBE LICUADOS RECIBE SUS TRES COMIDAS PRINCIPALES EN EL HOGAR DE MANERA FRACCIONADA EN OCASIONES OMITIENDO TIEMPO SODIUM ALIMENTACION APARENTE ADHERENCIA AL TTO ES SEDENTARIA HABITO INTESTINAL ESTREÑIMIENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CONTINUA CON PLAN ALIMENTARIO Y SE RECOMENDACIONES Y SE INDICA SUPLEMENTACION CON ENSURE NECESARIA RIPA SU RECUPERACION NUTRICIONAL

Enfermedad Actual
 DESNUTRICION PROTEICO CALORICA SEVERA
 DEPRESION POSTESQUIZOFRENICA
 CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Personales	15/11/2022 6:29:56 a. m.	DESNUTRICION PROTEICO CALORICA MODERADA POSTESQUIZOFRENICA DEPRESION

FACTORES DE RIESGO

Estado Nutricional	Bajo Peso	DESNUTRICION PROTEICO CALORICA MODERADA
Disminucion De Peso	No	
Ejercicio	No	
Fuma	No	
Alcohol	No	

HABITOS NUTRICIONALES

Desayuno	LICUADO
Merienda Mañana	LICUADO
Almuerzo	LICUADO
Merienda Tarde	LICUADO
Comida	LICUADO

Nombre reporte : HCRPHistoBase

17

Merienda Noche NO ACOSTUMBRA
 ¿Ha Tenido Prescripción De Dieta? SE LE INDICA PLAN ALIEMTNARIO HIPERPROTEICO CONTROLADA EN CRBOHIDRATOS SIMPLES
 ¿Quien Le Prepara Los Alimentos? EN LA FUNDACION

SIGNO VITAL

PAS : PAD : TAM : FC : FR : TEMP : Peso : 33 Talla : 148 IMC : 1507,0
 0
 Per Cintura : 80 Per Cadera : 61 Indice Cintura Cadera : 131 Superficie Corporal : 119,00 Escala Dolor : 0

EXAMEN FISICO

Estado General BUEN ESTADO
 Circunferencia Del Carpo 15
 Pliegues Cutaneos - Abdominal ---
 Pliegues Cutaneos - Bicípital ---
 Pliegues Cutaneos - Suprailíaco ---

DIAGNOSTICOS

Tipo diagnostico	Código	Nombre	Diagnostico
Impresion_Diagnostica	E440	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
Invalidad Consulta:	No_Aplica	Causa Externa: Enfermedad_General	

INDICACIONES MEDICAS

PACIENTE DE 63 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTES: DEPRESION POSTESQUIZOFRENICA, SIN OTRA ESPECIFICACION NO GANANCIA PESO, PESO ACTUAL:33 IMC: 15, DX NUTRICIONAL: DESNUTRICION PROTEICO CALORICA SEVERA, SE LE TRADUCIDA EN PERDIDA EVIDENTE SEVERA DE MASA MAGRA Y SUBCUTÁNEA, DISMINUCIÓN DE SU CAPACIDAD FUNCIONAL, QUIEN CUMPLE CON CRITERIOS DE INICIO DE SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL VÍA ORAL CON ENSURE ADVANCE 56 GRAMOS AL DIA EN TOTAL 6 LATAS DE 850 GRAMOS POR 3 MESES DE TRATAMIENTO, CON EL OBJETIVO DE CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL.

Diana Prieto
 1090375170
 MND 0571

PRIETO BLANCO DIANA PATRICIA
 NUTRICION Y DIETETICA
 1090375170 o 1090375170

ACTA DE JUNTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD MIPRES NO PBSUPC				Nro. ACTA 952				
Nro. Prescripción 20230822144036647732		Fecha y Hora de Prescripción (AAAA-MM-DD) 2023-08-22 08:02:41		Fecha de Acta (AAAA-MM-DD) 2023-08-23				
				Modalidad: Presencial				
				Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD HH:mm) 2023-08-23 17:12				
DATOS DEL PRESTADOR								
Departamento: NORTE DE SANTANDER		Municipio CUCUTÁ		Código Habilitación: 540010244205				
Documento de Identificación 802023344			Nombre Prestador de Servicios de Salud: PROMONORTE IPS EL PARQUE					
DATOS DEL PACIENTE								
Documento de Identificación: CC27732612		Primer Apellido: VERA	Segundo Apellido: MIRANDA	Primer Nombre: NIDIA	Segundo Nombre: BEATRIZ			
Diagnóstico Principal: E440 DESNUTRICIÓN PROTEICOALORICA MODERADA		Usuario Régimen SUBSIDIADO		Ambito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO				
ANÁLISIS DE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD NO PBSUPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS								
PRODUCTOS PARA SOPORTE NUTRICIONAL								
Tipo prestación	Producto para Soporte Nutricional / Forma	Dosis	Via Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Indicaciones/Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	ESTÁNDAR - DISTRIBUCIÓN NORMAL DE LA DIETA-ENSURE ADVANCE POLVO 850 G / LATA	56 GRAMO(S)	ORAL	24 HOP(A)(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍ(A)(S)	CONSUMIR EN LA NOCHE	6 / SEIS / LATA
Justificación médica, técnica y de pertinencia: PACIENTE CON DEPRESIÓN, ESQUIZOFRENIA Y DESNUTRICION PROTEICOALORICA POR LO QUE REQUIERE SOPORTE NUTRICIONAL VIA ORAL						Decisión: Aprobado		
INTEGRANTES DE LA JUNTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD								
Documento de Identificación: CC7632745	Nombre: CRISTIAN ALEXIS ROA ROSADO	Especialidad: MÉDICO GENERAL	Firma (Integrante de junta de profesionales)					
Documento de Identificación: CC1090361578	Nombre: VICTOR ALFONSO PAEZ BALLESTEROS	Especialidad: MÉDICO GENERAL	Firma (Integrante de junta de profesionales)					
Documento de Identificación: CC1120363332	Nombre: JENNY KATHERINE GUTIERREZ GARZON	Especialidad: MÉDICO GENERAL	Firma (Integrante de junta de profesionales)					
Documento de Identificación: CC1193468159	Nombre: ELI JHANEIRA MIRANDA MESA	Especialidad:	Firma (Integrante de junta de profesionales)					

6 noviembre.
 3 endujs
 Ensure-
 poral

19

SALUD SOCIAL S.A.S.
Nit 802023344
Dirección Calle 5 # 0 - 11 Lleras
Telefono 607 595 6605
FORMULA MEDICA EXTERNO



Num. Formula: SC_000000476702

Código Habilitación 080010276001

N° Historia Clínica: 27732612

N° Folio: 7 Fecha atención: 22/08/2023 8:06:01 a. m.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NIDIA BEATRIZ VERA MIRANDA
 Fecha Nacimiento: 19/agosto/1959 Edad Actual: 64 Años 0 Meses / 3 Dias
 Dirección: MZ D 26 LOTE 22
 Procedencia: CUCUTA

Identificación: 27732612 Sexo: Femenino
 Estado Civil: Soltero
 Teléfono: 3102910369
 Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
 Plan Beneficios: CUCUTA MODELO ENDOCRINO Y METABOLICO SUBSIDIADO

Régimen: Regimen Simplificado
 Nivel - Estrato: SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)

DATOS DEL INGRESO

Responsable:
 Dirección Resp:
 Finalidad Consulta: No_Aplica
 Area Servicios: PROMONORTE LLERAS ENDOCRINO METABOLICO
 Diagnostico: E440 - DESNUTRICION PROTEICO CALORICA MODERADA

Teléfono Resp:
 N° Ingreso: 741356 Fecha: 22/08 2023 8:06:01 a. m.
 Causa Externa: Enfermedad_General

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación: SE L INDICA PLAN ALIEMTNARIO HIPERPROTEICO CONTROLADA EN CRBOHIDRATOS SIMPLES

Total Items: 1

Diana Prjeto
 1090375170
 PND 10571

Medico: PRJETO BLANCO DIANA PATRICIA 1090375170

Nombre reporte : HCRReporteDBasePManejo02

Página 1/1

1090375170



SALUD SOCIAL S.A.S.
Dirección Av. 2 # 19 - 90 Barrio Blanco
Teléfono 607 595 6605

MEDICINA GENERAL
HISTORIA CLINICA GENERAL

Nº Historia Clínica: 27732612

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NIDIA BEATRIZ VERA MIRANDA
Fecha Nacimiento: 19/agosto/1959 **Edad Actual:** 64 Años / 0 Meses / 4 Dias
Dirección: MZ D 26 LOTE 22
Barrio: OTRO
Ocupación:

Identificación: Cédula Ciudadanía 27732612 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: Soltero
Teléfono: 3102910369
Procedencia: CUCUTA
Correo Electronico: noresponde@previsalu.com.co

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA
Plan Beneficios: COOSALUD MODELO RIESGO ENDOCRINO Y METABOLICO SUBSIDIADO
Tipo de contrato: Factura_Global

Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: SUBSIDIADO (GRUPO A POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA)
Tipo: Subsidiado

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 8

Acompañante: Parentesco:
Dirección Resp:

Teléfono Acomp:
Nº Ingreso: 747806 **Fecha:** 23/08/2023 4:47:10 p. m.

DATOS DE LA ATENCIÓN
ANAMNESIS

Motivo de la Consulta

" JUNTA MEDICA "

Enfermedad Actual

SE ABRE FOLIO PARA HISTORIA CLÍNICA PARA REALIZACIÓN DE JUNTA MEDICA POR PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DEPRESION, ESQUIZOFRENIA Y DESNUTRICION PROTEICO CALORICA MODERADA, QUE REQUIERE SOPORTE NUTRICIONAL CON ENSURE ADVANCE 56 GRAMOS AL DIA EN TOTAL DE 6 LATAS DE 850 GRAMOS POR 3 MESES DE TRATAMIENTO

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema neurológico No refiere
Sistema otorrino No refiere
Sistema respiratorio No refiere
Sistema cardiovascular No refiere
Sistema gastrointestinal No refiere
Sistema genitourinario No refiere
Sistema osteomuscular No refiere
Sistema endocrino No refiere
Sistema linfático No refiere
Sistema tegumentario (piel y faneras) No refiere

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

TAS: 1 **/TAD:** 1 **TAM:** 1 **ANORMAL** **FC:** **FR** **TEMP.** **SO2**

Nombre reporte : HCRPHistoBase

21

Peso (Kg) 34,0 Talla (Cms) 148 I.M.C. **BAJO PESO**
 Escala del Dolor 0 Riesgo OM:

EXÁMEN FÍSICO

Estado general:
 Cabeza, cara, cuello:
 Torax
 Abdomen:
 Extremidades superiores:
 Extremidades inferiores:
 Región lumbosacra:
 Genitourinario:
 Sistema nervioso central:
 Piel y faneras:

ESCALA DE BARTHEL

Comer:
 Lavarse:
 Vestirse:
 Arreglarse:
 Deposiciones:
 Micción:
 Usar el Retrete:
 Trasladarse:
 Deambular:
 Escalones:

TOTAL BARTHEL
 0

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO SE REALIZA JUNTA MÉDICA ENTRE PROFESIONALES. DR CRISTIAN ROA ROSADO RM 7632745, DR PAEZ BALLESTEROS VICTOR ALFONSO RM. 1090366578, DRA JENNY GUTIERREZ GARZON RM 1120363332. QUIENES AL EVALUAR LAS CONDICIONES DE LA PACIENTE CONSIDERAN NECESARIO SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL CON ENSURE ADVANCE 56 GRAMOS AL DIA EN TOTAL DE 6 LATAS DE 850 GRAMOS POR 3 MESES DE TRATAMIENTO MIPRES # 20230822144036647732 JUNTA MÉDICA APROBADA

EXÁMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Personales	15/11/2022 6:29:56 a. m.	DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA DEPRESION POSTESQUIZOFRENICA

Fumador	Medida Fumador	Tiempo Fumador	Medida Exfumador	Tiempo Exfumador
Fumadores en Casa	Exposición al humo	Tiempo exposición	Medida Exposición	Mascotas en casa

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Sustancias Medida Sustancias Tiempo Sustancias

Planifica FUP G P A C V E M

EXAMENES

Código	Nombre
--------	--------

Observación:

RESULTADOS DE EXAMENES

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Código	Nombre
--------	--------

Observación:

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha de resultado:

Descripción:

Interpretación:

DIAGNOSTICOS

Tipo diagnostico	Código	Nombre	Diagnostico
------------------	--------	--------	-------------

Impresion_Diagnostica	F204	DEPRESION POSTESQUIZOFRENICA	<input type="checkbox"/> Principal
Impresion_Diagnostica	E440	DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

MEDICAMENTOS

CUM	Nombre	Concentración	Presentación	Cantidad
-----	--------	---------------	--------------	----------

Via de administración: Duración: Dias

Indicación:

INDICACIONES MEDICAS

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Código	Nombre
--------	--------

Observación:

Eli M.M.
Eli Jhaneira Miranda III.
MEDICO GENERAL
R.M. 111847

MIRANDA MESA ELI JHANEIRA
MEDICINA GENERAL
1193468159 o 1193468159

Nombre reporte : HCRPHistobase



Laboratorio Clinico

Dra. Johana Portilla Villamizar

Exámenes Generales y Especializados

Fecha: 08/11/2023

SEDE: Principal

Página: 1

Paciente: NIDIA VERA

Recepción: 59008

Sala: N/A

Edad: 64 A Sexo: F Identificación: 27732612

Fecha rcp: 08/11/2023 9:10:33 a. m.

Teléfonos:

Médico : No Asignado

Empresa: DR RICHARD RAMIREZ

Resultado

Valores de referencia

Citología

1 PARCIAL DE ORINA

ESTUDIO FISICO-QUIMICO

Color de orina	Amarilla	
Aspecto	Ligeramente Turbio	
Densidad	1015	1005 a 1030
Ph	7.0	5 a 8
Proteinas	Negativa	
Glucosa	Negativa	
Cetona	Negativo	
Bilirrubina	Negativo	
Urobilinogeno	Normal	
Sangre	Negativo	
Leucocitos	Positiva (+++)	
Nitritos	Negativo	
EXAMEN MICROSCOPICO.		
Células Epiteliales	1-3 /Campo	
leucocitos	INCONTABLES xcampo	
Hematies	0-2 /Campo	
Bacterias	(+++)	
Moco	(+)	
Cristales de Fosfatos Amorfos	(++)	

Dra. Johana Portilla Villamizar
 Bacteriología
 Universidad de Santander
 REG. 1673
 JOHANA PORTILLA



Laboratorio Clinico

Dra. Johana Portilla Villamizar

Exámenes Generales y Especializados

REPORTE

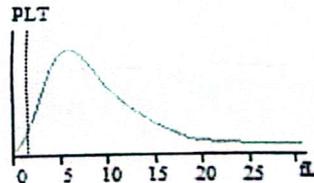
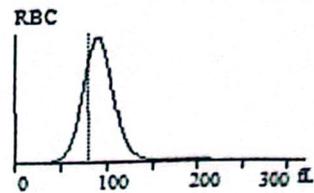
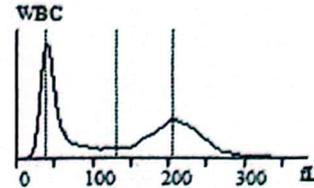
Nombre: NIDIA VERA
Genero: Mujer
Edad: 64 Year

ID paciente: 27732612

ID Muestra: 59008

Hora de procesamiento: 8/11/2023 09:19 a. m.

Parametros		Result	Unidad	Rango Ref.
WBC	L	4,8	10 ³ /uL	5,0-10,0
Lymph#		1,9	10 ³ /uL	1,3-4,0
Mid#		0,4	10 ³ /uL	0,1-0,7
Gran#		2,5	10 ³ /uL	2,5-7,5
Lymph%	H	40,3	%	25,0-40,0
Mid%	H	7,3	%	3,0-7,0
Gran%		52,4	%	50,0-75,0
RBC	L	3,84	10 ⁶ /uL	4,00-5,00
HGB		12,3	g/dL	12,0-16,0
HCT		38,0	%	36,0-48,0
MCV	H	98,9	fL	76,0-96,0
MCH		32,0	pg	27,0-32,0
MCHC		32,3	g/dL	31,0-35,0
RDW-CV		13,5	%	10,0-15,0
RDW-SD		44,4	fL	35,0-56,0
PLT		170	10 ³ /uL	150-450
MPV		9,9	fL	8,0-15,0
PDW		16,0	%	15,0-17,0
PCT		0,168	%	0,108-0,282



Hora impresión: 8/11/2023 9:26:30 a. m.

Tester:

Dra. Johana Portilla Villamizar
Bacteriologa
Universidad de Santander
Reg. 673

Para validar el progreso de su solicitud, le invitamos a ingresar al sitio web:

www.pharmasan.co/consulta

Ingresar el Tipo y No. de Documento, junto con el siguiente Código:

COD: 5777685

OV: 4806414

Para más información, comunicarse alas líneas de atención:

312 5179973 - 320 8036704 - 320 2401191

Para validar el progreso de su solicitud, le invitamos a ingresar al sitio web:

www.pharmasan.co/consulta

Ingresar el Tipo y No. de Documento, junto con el siguiente Código:

COD: 5777669

OV: 4806398

Para más información, comunicarse alas líneas de atención:

312 5179973 - 320 8036704 - 320 2401191

2/3

Para validar el progreso de su solicitud, le invitamos a ingresar al sitio web:

www.pharmasan.co/consulta

Ingresar el Tipo y No. de Documento, junto con el siguiente Código:

5716039
Codigo
1/3

OV: 4752391
WHATSAPP 3143189657

Para más información, comunicarse alas líneas de atención:

312 5179973 - 320 8036704 - 320 2401191

ND



FUNDACIÓN DE ANCIANOS MARÍA INMACULADA

¡Con su ayuda esta obra no dejará de existir!

Nit. 807.008.369-6

Av. 6 # 7-40 Barrio San Luis Teléfono: 576 29 81

Cúcuta - Colombia

RECIBO
DE CAJA

Nº 0344

Fecha	Día	Mes	Año	\$	
	05	09	2023	\$	650.000
Ciudad:	CUCUTA				
Recibido de:	MARTHA INES ANAS				
Dirección:	Mz 20 lote 22 Torcoroma 2				
La suma de (en letras):	Seiscientos cincuenta mil				
	Pesos				
Por concepto de:	Contribución de N. S. A.				
	Nidia Vera				Firma y Sello
					C.C. o NIT.



FUNDACIÓN DE ANCIANOS MARÍA INMACULADA

¡Con su ayuda esta obra no dejará de existir!

Nit. 807.008.369-6

Av. 6 # 7-40 Barrio San Luis Teléfono: 576 29 81

Cúcuta - Colombia

RECIBO
DE CAJA

Nº 0350

Fecha	Día	Mes	Año	\$	
	06	10	2023	\$	650.000
Ciudad:	Cúcuta				
Recibido de:	Martha Ines Anas c.c. 60.362.449				
Dirección:	Mz D28 lote 22 Torcoroma 11				
La suma de (en letras):	Seiscientos cincuenta mil pesos				
Por concepto de:	Contribución Nidia Vera				
					Firma y Sello
					C.C. o NIT.



fundami

FUNDACIÓN DE ANCIANOS MARÍA INMACULADA

¡Con su ayuda esta obra no dejará de existir!

Nit. 807.008.369-6
Av. 6 N° 7-40 Barrio San Luis
Teléfono: 576 29 81
Cúcuta - Colombia
fundami@outlook.com
www.fundami.com.co

Entidad sin animo de lucro,
personería jurídica 4191 Agosto de 2003

RECIBO DE CAJA

Nº 3357

Ciudad: Cucuta Fecha Día 07 Mes 11 Año \$ 650.000=

Recibido por: Martha Ines Arias Nit. 60.362.449,

Dirección: Manzana D 26 lote 22. Torcoroma II.

La suma de (en letras): Seiscientos cincuenta mil Pesos

Por concepto de: Contribución Nidia Vera.

Cheque No. Banco Efectivo

IMPUTACIÓN				Firma y Sello			
CODIGO P.U.C.	CUENTA	CREDITOS	DEBITOS	 C.C. ó NIT. Fecha de Recibido:			



fundami

FUNDACIÓN DE ANCIANOS MARÍA INMACULADA

¡Con su ayuda esta obra no dejará de existir!

Nit. 807.008.369-6
Av. 6 N° 7-40 Barrio San Luis
Teléfono: 576 29 81
Cúcuta - Colombia
fundami@outlook.com
www.fundami.com.co

Entidad sin animo de lucro,
personería jurídica 4191 Agosto de 2003

RECIBO DE CAJA

Nº 3371

Ciudad: Norte de S Cucuta Fecha Día 08 Mes 12 Año 23 \$ 650.000

Recibido por: Martha Arias Nit.

Dirección:

La suma de (en letras): Seiscientos cincuenta mil pesos

Por concepto de: Pago pa contribución de masculidad

Cheque No. Banco Efectivo

IMPUTACIÓN				Firma y Sello			
CODIGO P.U.C.	CUENTA	CREDITOS	DEBITOS	 C.C. ó NIT. <u>1092561223</u> Fecha de Recibido:			



FUNDACIÓN DE ANCIANOS MARÍA INMACULADA

¡Con su ayuda esta obra no dejará de existir!

Nit. 807.008.369-6

Av. 6 # 7-40 Barrio San Luis Teléfono: 576 29 81

Cúcuta - Colombia

RECIBO
DE CAJA

Nº 0456

Fecha	Día 03	Mes 11	Año 2023	\$ 30.000
Ciudad: Cúcuta				
Recibido de: Martha Vera c.c. 60.362.449				
Dirección: Nz D26 Lote 22 Torosoma II				
La suma de (en letras): Treinta mil Pesos				
Por concepto de: Pago exámenes de laboratorio				
				Firma y Sello
				C.C. o NIT.

Donación \$50.000

1 SECO DE \$500.000

Juega el día Sábado 2 de Diciembre de 2023 con las tres últimas cifras de la lotería de Boyacá

20 años

PREMIO MAYOR 1'500.000

Juega el día Sábado 9 de Diciembre de 2023 con las tres últimas cifras de la lotería de Boyacá

Nº 046

Av. 6 No. 7-40 San Luis Cel. 3012491163 - 313 432 02 05