



Número interno: 212964070



Original

No. Solicitud:

DATOS DE USUARIO			DATOS DE IPS		
Nombre:	TERESA LEAL DE GALVIS		IPS primaria:	Corporacion Nuestra Ips - Centro Medico Familiar Pepe Sierra	
Documento:	Cedula Ciudadania - 41408247		Plan:	Pos Contributivo	
Sexo:	Femenino	Nivel: 1	Régimen:		
Tipo de afiliado:	Cotizante	Edad: 77 años	IPS solicita:	Secura Sas Sutatausa	
Departamento:		Dx Principal: H905	Entidad recobro:	Masivo mes de	Origen:
		Municipio:			

IMPORTANTE: Autorización válida solamente dentro de los 90 días siguientes a la expedición. Recuerda actualizar tus datos en nuestra página web, app o en nuestras oficinas de atención al afiliado.

CUM/CUP	Cod Interno	Servicio	Tipo Alto Costo	Cantidad	Finalidad	Lateralidad	Causa Externa	Fch Aprobación	No. Autorización
	75922	11111111-1.oxigeno domiciliario paquete integral mes		1	Diagnostico	No aplica	Enfermedad general	05/11/2019	429330464

VALIDADOPORLACORTE

Observaciones: MASIVO AUTORIZACIONES NOVIEMBRE 2019 - Secura Sas Sutatausa -

COPAGO	VLR. MODERADORA	TIPO DE PAGO
0,0	3200,0	Capitación
		Nombre IPS:

INSTITUCIÓN REMITIDA		
Nombre IPS:	Secura Sas Sutatausa	Teléfono: 4320520
	Dirección: Cra. 12 # 71 - 32 OF 702 A (Bogota)	

Versión 3.0
 VIGILADO SUPERVISADO
 Línea de atención al usuario 6500870 - Bogotá D.C. - Línea Gratuita Nacional 018000910383

Ingresar a www.medimas.com.co o llámanos en Bogotá al 6510777 y en el resto del país a nuestra línea nacional 018000120777

Autorización sujeta a auditoría médica

Usuario Aprueba
Yuli Paola Parra Pardo

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	26/11/2019	Hora Ingreso:	09:08	Número Ingreso:	29483692	N° Historia:	28763976
Fecha Atención:	26/11/2019	Hora Atención:	10:38	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	26/11/2019	Hora Fin Atención:	11:06	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clínica Ambulatoria		
Nombre IPS:	Nuestra IPS Chico Navarra						
IPS Primaria:	Corporación Nuestra Ips - Centro Medico Familiar Pepe Sierra						
Convenio:	MEDIMAS EPS S.A.S.						
Ciudad:	Bogotá D.C.	Grupo Atención:	Indígena				

Datos Paciente

Nombre:	TERESA LEAL DE GALVIS	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía	N° Identificación:	41408247
Tipo Afiliado:	COTIZANTE	Estado Civil:	SOLTERO	Fecha Nacimiento:	10/05/1942
Sexo:	FEMENINO	Ocupación:	CANAL HOGAR	Dirección:	CARRERA 59 94B - 17
Acompañante:	DORA PEDROZA	Teléfono:	3118178878	Parentesco:	HIJO
Responsable:	1	Teléfono:	3124195701	Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad:	NO APLICA				

Anamnesis

Referencia y Contrareferencia:

Motivo de Consulta:

Enfermedad Actual:

CONTROL
 paciente DE 77 AÑOS
 NAT UICAN BOYACA
 RESDI EN BTA
 VIVE CON 2 HIJOS
 HOGAR
 BENEF DE HIJO
 VIUDA
 quien viene a control de
 ++ hipertension y
 ++ diabetes y
 ++ hipotroidismo
 ++ fibrosis pulmonar
 ++ oxígeno requiriente
 ++ GASTRITIS
 en tratamiento con en el momento
 niega precordalgia que se irradia a brazos hombros mandibula espalda o epigastro, niega tinnitus, niega mareo, palpitation, edema en miembros inferiores, alteraciones visuales, niega sintomas urinarios comenta que en el momento no tiene medicacion motivo por el cual consulta. R/S Revisión y sistemas: Neurologico y psiquico: niega Organos de los sentidos. Niega Piel y faneras - Colajeno: Niega Cardiovascular. Niega Endocrinologico. niega Gastrointestinal. Niega - Habito intestinal normal. Niega - Habito urinario normal. Niega Genital. niega Respiratorio. Niega Osteoarticular y muscular: niega Sanguineo. DOLOR ARTICULAR. Antecedentes Personales: Crónicos: HIPERTENSION -DIABETES - HIPOTIROIDISMO Quirurgicos: APENDICECTOMIA COLECISTECTOMIA HISTERECTOMIA congenitos: Niega — Traumaticos: niega — Farmacologicos: OMEPRAZOL 20 MG DIA —LEVOTIROXINA 100 MG DIA ACETAMINOFEN —IMPAMINA 25 MG DIA METFORMINA 850 MG —ASA 100 MG DIA —LOSARTAN 50 MG X2
 Toxicolergicos: Niega — Venereos: Niega — Ocupacionales: — Saludable: (-) FAMILIARES:
 REPORTS
 EYDA: 11-9-19 H. SAN JOSE: GASTRITIS ANTRAL EROSIVA
 BX GASTRICA PENDIENTE LEVE
 ECOCARDIOGRAMA: 12-8-19 (ACCION SALUD) : FEVI 49 % ventriculo izquierdo con disfuncion sistolica leve
 disfuncion diastolica tipo I
 Sin Dolor

Escala del Dolor

Discapacidades

Ninguna

Revisión por Sistemas

Variable	Estado	Observación
¿Ha tenido frecuentemente pensamientos de autoagresión?	NO REFIERE	
Adolescente (Headss/factores) Variable	Estado	Observación
¿Se ha causado lesiones de forma voluntaria?	NO REFIERE	
Abusa del consumo de alcohol, tabaco y/o SPAN	NO REFIERE	
Variable	Estado	Observación
Considera que es un joven exitoso y sano	NO REFIERE	
Variable	Estado	Observación

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: 26/11/2019 **Hora Ingreso:** 09:08 **Número Ingreso:** 29483692 **N° Historia:** 28763976
Fecha Atención: 26/11/2019 **Hora Atención:** 10:38 **Ámbito de Realización:** AMBULATORIO
Fecha Fin Atención: 26/11/2019 **Hora Fin Atención:** 11:06 **Tipo Consulta:** Evolución Historia Clínica Ambulatoria
Nombre IPS: Nuestra IPS Chico Navarra
IPS Primaria: Corporación Nuestra Ips - Centro Médico Familiar Pepe Sierra
Convenio: MEDIMAS EPS S.A.S.
Ciudad: Bogotá D.C. **Grupo Atención:** Indígena

	Excelente o buena relación con los padres y/o hermanos	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	Ha experimentado consumo de alcohol, tabaco y/o SPA	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	No aplica	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	No ha experimentado el consumo de alcohol, tabaco y/o SPA	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	No tiene amigos	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	No tiene pareja, se le explican métodos de planificación	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	Presenta adicción al consumo de alcohol, tabaco y/o SPA	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	Regular o mala relación con los padres y/o hermanos	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	Se ha percibido obeso o anormal o que no tiene valor	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
Adolescente (Headss/Factorss)	Se siente atraído por personas de su mismo sexo	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	Su desempeño escolar es bueno y/o tiene proyecto de estudio	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	Su desempeño escolar es malo y/o no tiene proyecto de estudio	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	Tiene amigos que consumen SPA o que practican deportes de riesgo	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	Tiene amigos que lo animan a estudiar y/o a practicar deportes adecuados	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	Tiene pareja y no ha iniciado vida sexual ni ha elegido método de planificación	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	Tiene pareja, no ha iniciado vida sexual y ya eligió método de planificación	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	Tiene pareja, ya inicio vida sexual y actualmente NO planifica con métodos hormonales y/o DIU	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	Tiene pareja, ya inicio vida sexual y actualmente planifica con métodos hormonales y/o DIU	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	¿Tiene abuelos, tíos o primos con diabetes?	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
Find Risk (tamizaje de diabetes)	¿Tiene papás, hermanos o hijos con diabetes?	NO REFIERE	
	Variable	Estado	Observación
	¿Toma medicación para la HTA?	NO REFIERE	

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	26/11/2019	Hora Ingreso:	09:08	Número Ingreso:	29483692	N° Historia:	28763976
Fecha Atención:	26/11/2019	Hora Atención:	10:38	Ámbito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	26/11/2019	Hora Fin Atención:	11:06	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica - Ambulatoria		
Nombre IPS:	Nuestra IPS Chico Navarra						
IPS Primaria:	Corporación Nuestra Ips - Centro Medico Familiar Pepe Sierra						
Convenio:	MEDIMAS EPS S.A.S.						
Ciudad:	Bogotá D.C.			Grupo Atención:	Indígena		

	Variable	Estado	Observación
Find Risk (tamizaje de diabetes)	Come verduras/frutas todos los días	NO REFIERE	Observación
	Ejercicio >= 30 min al día	NO REFIERE	Observación
	Le han encontrado alguna vez valores de glucosa altos	NO REFIERE	Observación
Hallazgos en otros sistemas	No se realiza	NO REFIERE	Observación
	Describe e ítems síntomas relevantes:	NO REFIERE	Observación
	¿Ha escuchado voces en su cabeza? (Esquizofrenia)	NO REFIERE	Observación
Neurológico y Psíquico	¿Ha tenido frecuentemente pensamientos de autoagresión?	NO REFIERE	Observación
	¿Se ha causado lesiones de forma voluntaria?	NO REFIERE	Observación
	¿Tiene pérdidas de memoria que alteran su vida? (Demencia)	NO REFIERE	Observación
Órganos de los sentidos	Ansiedad	NO REFIERE	Observación
	Cefalea	NO REFIERE	Observación
	Describe si hay síntomas relevantes	NO REFIERE	Observación
	Describe si hay síntomas relevantes	NO REFIERE	Observación
	Disminución agudeza auditiva	NO REFIERE	Observación
	Disminución agudeza visual	NO REFIERE	Observación
	Tinnitus	NO REFIERE	Observación
	Describe si hay síntomas relevantes	NO REFIERE	Observación
	Presenta alteraciones sugestivas de Lepra (Cambios en coloración o sensibilidad)	NO REFIERE	Observación
	¿Durante el último año fue forzada a tener relaciones sexuales?	NO REFIERE	Observación
Síntomas generales de peligro	¿En el último mes se ha sentido triste, deprimido o sin esperanza con frecuencia?	NO REFIERE	Observación
	¿Es usted víctima del conflicto armado?	NO REFIERE	Observación
	¿Está siendo víctima de algún otro tipo de conflicto social?	NO REFIERE	Observación
	¿Fue golpeada, bofetada, pateada o lastimada en el último año?	NO REFIERE	Observación
		NO REFIERE	Observación

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	26/11/2019	Hora Ingreso:	09:08	Número Ingreso:	29483692	N° Historia:	28763976
Fecha Atención:	26/11/2019	Hora Atención:	10:38	Ámbito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	26/11/2019	Hora Fin Atención:	11:06	Tipo Consulta:	Evolución Historia Clínica Ambulatoria		
Nombre IPS:	Nuestra IPS Chico Navarra						
IPS Primaria:	Corporación Nuestra Ips - Centro Medico Familiar Pepe Sierra						
Convenio:	MEDIMAS EPS S.A.S.						
Ciudad:	Bogotá D.C.	Grupo Atención:	Indígena				
Vía Acceso:	Oral						
Cantidad:	30						
Observaciones:	3 MESES						
Ips:	Nuestra IPS Chico Navarra						
Medicamento:	OMEPRAZOL X20MG (TAB)						
Posología:	Tomar vía Oral, 1 TABLETA(s) cada 24 Hora(s) durante 30 día(s)						
Vía Acceso:	Oral						
Cantidad:	30						
Observaciones:	3 MESES						
Ips:	Nuestra IPS Chico Navarra						
Medicamento:	ACETAMINOFEN X500MG (TAB)						
Posología:	Tomar vía Oral, 1 TABLETA(s) cada 12 Hora(s) DOLOR						
Vía Acceso:	Oral						
Cantidad:	50						
Observaciones:	3 MESES						
Ips:	Nuestra IPS Chico Navarra						
Medicamento:	LOSARTAN POTASICO X50MG (TAB)						
Posología:	Tomar vía Oral, 1 TABLETA(s) cada 12 Hora(s) durante 30 día(s)						
Vía Acceso:	Oral						
Cantidad:	60						
Observaciones:	3 MESES						
Ips:	Nuestra IPS Chico Navarra						
Dirección:	AVENIDA CARRERA 45 AUTOPISTA NORTE No. 100-90				Teléfono:	2365391	

Plan de Manejo
X

Error: Subreport could not be shown.

--

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	26/11/2019	Hora Ingreso:	09:08	Número Ingreso:	29483692	N° Historia:	28763976
Fecha Atención:	26/11/2019	Hora Atención:	10:38	Ámbito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	26/11/2019	Hora Fin Atención:	11:06	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clínica Ambulatoria		
Nombre IPS:	Nuestra IPS Chico Navarra						
IPS Primaria:	Corporacion Nuestra Ips - Centro Medico Familiar Pepe Sierra						
Convenio:	MEDIMAS EPS S.A.S.						
Ciudad:	Bogotá D.C.	Grupo Atención:	Indígena				

Impresión Diagnóstica

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO:	Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación
Código CIE10:	E119
Tipo de Diagnóstico:	CONFIRMADO REPETIDO
Observación:	
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO:	Obesidad, no especificada
Código CIE10:	E669
Tipo de Diagnóstico:	CONFIRMADO NUEVO
Observación:	
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO:	Fibrosis quística, sin otra especificación
Código CIE10:	E849
Tipo de Diagnóstico:	CONFIRMADO REPETIDO
Observación:	FIBROSIS PULMONAR
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:	Hipertensión esencial (primaria)
Código CIE10:	I10X
Tipo de Diagnóstico:	CONFIRMADO REPETIDO
Observación:	
Recomendaciones:	ORDENA MANUAL DE OXIGENO FIBROSIS PULMONAR

Analisis

X

Medicamentos

Medicamento:	ACETIL SALICILICO ACIDO X100MG (TAB)
Posología:	Tomar vía Oral. 1 TABLETA(s) cada 24 Hora(s) durante 30 día(s)
Vía Acceso:	Oral
Cantidad:	30
Observaciones:	3 MESES
Ips:	Nuestra IPS Chico Navarra
Medicamento:	IMIPRAMINA X25MG (TAB)
Posología:	Tomar vía Oral. 1 TABLETA(s) cada 24 Hora(s) durante 30 día(s)
Vía Acceso:	Oral
Cantidad:	30
Observaciones:	3 MESES
Ips:	Nuestra IPS Chico Navarra
Medicamento:	LEVOTIROXINA SODICA X100MCG (TAB)
Posología:	Tomar vía Oral. 1 TABLETA(s) cada 24 Hora(s) durante 30 día(s)
Vía Acceso:	Oral
Cantidad:	30
Observaciones:	3 MESES
Ips:	Nuestra IPS Chico Navarra
Medicamento:	METFORMINA CLORHIDRATO X850MG (TAB)
Posología:	Tomar vía Oral. 1 TABLETA(s) cada 24 Hora(s) durante 30 día(s)

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	26/11/2019	Hora Ingreso:	09:08	Número Ingreso:	29483692	N° Historia:	28763976
Fecha Atención:	26/11/2019	Hora Atención:	10:38	Ámbito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	26/11/2019	Hora Fin Atención:	11:06	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica - Ambulatoria		
Nombre IPS:	Nuestra IPS Chico Navarra						
IPS Primaria:	Corporacion Nuestra Ips - Centro Medico Familiar Pepe Sierra						
Convenio:	MEDIMAS EPS S.A.S.						
Ciudad:	Bogotá D.C.			Grupo Atención:	Indigena		

Gladys Adriana Martínez Calderón

Profesional:	Gladys Adriana Martínez Calderón	Especialidad:	MEDICINA GENERAL
Registro Médico:	51745872	Identificación Profesional:	51745872

SECURA SAS
NIT: 900343048

23-11-2019
11:39 AM

SEC-OV 109082-v1

ORDEN DE VISITA

LINEA DE ATENCION AL USUARIO BOGOTA: 4320520
EJE CAFETERO 3302770 - 3401511 - 314 7912353

INFORMACIÓN DE PROGRAMACIÓN

Paciente: TERESA LEAL (CC: 41409247) Entidad: MEDIMAS EPS - CUND
Telefono: 3124195731 (Movil) Consumo: 2/12 horas
Solicitante: TERESA GALVIS Parentesco: HIJO Telefono: 3172452400
Direccion: Carrera 59 94 B 17 BARRIO RIO NEGRO

ORDENES DE SERVICIO

VISITA SERVICIO OXIGENO DOMICILIARIO - A Domicilio (130293519) Exitosa

DOCUMENTACIÓN ASOCIADA

OBSERVACIONES DE LAS ORDENES DE SERVICIO

Validar que los equipos estén en el domicilio, que el paciente los esté utilizando y hacer firmar soporte físico - Se programa servicio con TERESA GALVIS HIJA TELEFONO 3172452400 SE CONFIRMA DIRECCION DMOJICA
Atiende la visita en en la puerta de la casa familiar dice que utiliza el oxígeno en la noche Se le explica que debe tener la autorización de la EPS para continuar con el servicio de oxígeno medicinal en casa

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE

"Estimado usuario, por favor verifique que el funcionario encargado de la prestación del servicio transcriba al pie de la letra sus calificaciones y comentarios"

CONSUMIBLES RECIBIDOS

CALIDAD DEL SERVICIO

PAGOS EN EFECTIVO

\$0

PAGOS POR CONSIGNACION

\$0

(sujeto a auditoria)

OBSERVACIONES DE LA VISITA

Operador de servicio: EDISSON VASQUEZ

INFORMACIÓN DE QUIEN ATIENDE EL SERVICIO

Nombre JOSÉ GALVIS Documento: 19424980 Parentesco: HIJO
Telefono: 3053127291

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA: En cumplimiento del Régimen General de Habeas Data regido por la Ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios, con el ingreso de mis datos personales en el presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, expresa e informada a SECURA S.A.S. NIT 900.343.048-1, para realizar el tratamiento mis datos personales de acuerdo con las finalidades relacionadas con el objeto social y Política que se encuentra en la página web www.securasas.com. Por lo anterior, declaro conocer que la firma digitalizada será de uso exclusivo para dar validez al presente documento. *Cualquier inquietud consultar la página web www.securasas.com, o escribimos al correo protecciondedatos@securasas.com - Mediante la presente dejo constancia de que los valores contenidos en el presente recibo corresponden a la realidad que los he verificado y he recibido el cambio correspondiente, eximiendo a SECURA S.A.S. de cualquier tipo de responsabilidad.

Firma de quien atiende el servicio

JOSÉ GALVIS

Firma operador de servicio

EDISSON VASQUEZ

José
Galvis

JV

SEDE DE ATENCIÓN AL USUARIO

CUND NAMARCA - Sede de atención al usuario Bogotá Carrera 12 No. 71-32 Oficina 702, atención de lunes a viernes 8:00 am a 1:30 pm y 2:00 pm a 5:00 pm, sábados 8:00 am a 1:30 pm - Sede de atención al usuario Zipaquirá Calle 8 No. 16-67, atención de lunes a viernes 8:00 am a 12:00 m y 2:00 pm a 5:00 pm, sábados 8:00 am a 12:00 m - Sede de atención al usuario Fusagasugá Cra 11 20-05, atención de lunes a viernes 8:00 am a 12:00 m y 2:00 pm a 5:00 pm, sábados 8:00 am a 12:00 m Recuerde debe programar los servicios mínimo con 72 horas de anticipación

COBRO POR DAÑOS O PÉRDIDAS

En caso de daño o pérdida de los elementos que hacen parte de los equipos médicos que usted ha recibido por parte de nuestra compañía, deberá cancelar el monto indicado a continuación por unidad: Filtro Externo Central 5.000, Filtro Externo Lateral 5.000, Base Con. enfriador 80.000, Rueda 20.000, Soporte Filtro Central 15.000, Soporte Filtro Lateral 15.000, Manija 50.000, Flujo metro 80.000, Switch de Encendido 15.000, Botón de Rese: 10.000, Carcasa Concentrador 150.000, Cable de Poder 20.000, Adaptador a Humificador 15.000, Panel Frontal 80.000, Tapa de Filtro Interno 20.000, Adaptador Salida Humificador 20.000, Carrito Portatil 20.000, Regulador 870 80.000, Regulador 540 80.000 y Otros

atencionalcliente@oxigenoensucasa.com