Copia
Entrega 2 de 3

Número Interno: 218773284
Prescripción No. 20201120191024447964
No. Solicitud 18850507

medimás IPS

DATOS DE USUARIO

Nombre: MARIA GABRIELA MAFLA BEDOYA
Documento: Cedula Ciudadania - 24684304
Sexo: Femenino **Nivel:** 1 **Edad:** 85 años
Tipo de afiliado: Cabeza flia subsidiado **Dx Principal:** I694
Departamento: Risaralda **Municipio:** Santa Rosa de Cabal

DATOS DE IPS

IPS primaria: Ese Hospital San Vicente De Paúl De Santa Rosa De Cabal
Plan: Subsidiado
Régimen: Subsidiado
IPS solicita: Ese Hospital San Vicente De Paúl De Santa Rosa De Cabal
Entidad recobro: ADRES **Origen:** COMITES

IMPORTANTE: Autorización válida solamente dentro de los 30 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	Cantidad	Tipo Alto Costo	Finalidad	Lateralidad	Causa Externa	Fch Aprobación	No. Autorización
	69072	.pañal desechable adulto talla m - tena slip (und)	120	NO ALTO COSTO	Diagnostico	No aplica	Enfermedad general	27/12/2020	433796756

Observaciones: Fecha Entrega: 27/12/2020 Afiliado no paga copago por pertenecer a clasificación cero o uno del Sisben

TIPO DE PAGO

COPAGO 0,0
VLR. MODERADORA 0,0
Capitación IPS:

INSTITUCIÓN REMITIDA

Nombre IPS: 900979320 MEDISFARMA SAS PEREIRA
Dirección: Calle 33 No. 10B-19
Teléfono: 3165306834

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

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

Nayive Mendivelso Bejarano
Autorización sujeta a auditoría médica

Usuario Aprueba
Nayive Mendivelso Bejarano

Escaneado con CamScanner

Copia
Entrega 3 de 3

Número interno: 218773280
Prescripción No. 20201120191024447964
No. Solicitud 18850506

medimás EPS

DATOS DE USUARIO

Nombre: MARIA GABRIELA MAFLA BEDOYA
Documento: Cedula Ciudadania - 24684304
Sexo: Femenino **Nivel:** 1 **Edad:** 85 años
Tipo de afiliado: Cabeza flia subsidiado **Dx Principal:** I694
Departamento: Risaralda **Municipio:** Santa Rosa de Cabal

DATOS DE IPS

IPS primaria: Ese Hospital San Vicente De Paúl De Santa Rosa De Cabal
Plan: Subsidiado
Régimen: Subsidiado
IPS solicita: Ese Hospital San Vicente De Paúl De Santa Rosa De Cabal
Entidad recobro: ADRES **Origen:** COMITES

IMPORTANTE: Autorización válida solamente dentro de los 30 dias 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	Cantidad	Tipo Alto Costo	Finalidad	Lateralidad	Causa Externa	Fch Aprobación	No. Autorización
	69072	.pañal desechable adulto talla m - tena slip (und)	120	NO ALTO COSTO	Diagnostico	No aplica	Enfermedad general	26/01/2021	433796752

Observaciones: Fecha Entrega: 26/01/2021 Afiliado no paga copago por pertenecer a clasificación cero o uno del Sisben

TIPO DE PAGO

COPAGO	VLR. MODERADORA
0,0	0,0

Capitación IPS:

INSTITUCIÓN REMITIDA

Nombre IPS: 900979320 MEDISFARMA SAS PEREIRA
Dirección: Calle 33 No. 10B-19
Teléfono: 3165306834

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

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

Nayive Mendivelso Bejarano
Autorización sujeta a auditoría médica

Usuario Aprueba
Nayive Mendivelso Bejarano

Escaneado con CamScanner

Hospital Vicente de Paúl Santa Rosa de Cabal

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500871 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA REPORTE PARACLINICOS

Nº Historia Clínica: 24684304

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MARIA GABRIELA MAFLA BEDOYA
Identificación: 24684304 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento: 31/diciembre/1935 **Edad Actual:** 84 Años \ 10 Meses \ 20 Días **Estado Civil:** Viudo
Dirección: CALLE 19 16-54
Procedencia: SANTA ROSA DE CABAL **Teléfono:** 3217938325
Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: MEDIMAS EPS S.A.S (subsidiado)
Régimen: Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: MEDIMAS CAPITADO SERVICIOS
Nivel - Estrato: ESTRATO PAGA 0%

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 10** **(Fecha: 20/11/2020 10:57 a.m.)**

Responsable:
Teléfono Resp:
Dirección Resp:
Nº Ingreso: 3620588 **Fecha:** 20/11/2020 9:49:14 a.m.
Finalidad Consulta: No_Aplica
Causa Externa: Enfermedad_General

HISTORIA CLINICA REPORTE PARACLINICOS

NOMBRE DEL ACUDIENTE O RESPONSABLE

ESTADO CIVIL
PARENTESCO
TELEFONO DEL ACUDIENTE

ANAMNESIS

MOTIVO CONSULTA PARA INSUMOS

ENFERMEDAD ACTUAL

PCTE POSTRADA

SECUELAS NEUROLOGICAS ECV

INCONTINENCIA URINARIA

INCONTINENCIA FECAL

PARAPLEJIA

REQUIERE

PAÑALES TALLA M

360 PARA TRES MESES

ESTADO GENERAL POSTRADA

SIGNO VITALES

EL PACIENTE ES REMITIDO A PROGRSAMA(S) INSTITUCIONAL? Fal se

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 4576590

Escaneado con CamScanner

TAS:	999,0000	mm/hg
TAD:	999,0000	mm/hg
FC:	75,0000	x min
FR:	20,0000	x min
T:	36,0000	°C
PESO:	99,0000	Kg
I.M.C.	101,0101	

HALLAZGOS POSITIVOS AL EXAMEN FISICO

COR RITMICO

PUL VENTILANDO

ABD BLANDO

EXTR NO EDEMAS

NEUROL PARAPLEJIA

SECUELAS ECV

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTES	DETALLE
Médicos	HTA.ENF DE PARKINSON. ARTRITIS.IVU A REPETICION.POSTRACION PERMANENTE.
Médicos	DEMENCIA SENIL.INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL.
Alérgicos	NO REFIERE
Médicos	INFECCIONES URINARIAS A REPETICION .
Médicos	IVU A REPETICION .

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	Diagnostico		
Definitivo	I694	I694 - SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA	[x] Ppal	[x] Ingreso	[ ] Egreso
Presuntivo	R32X	R32X - INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	[ ] Ppal	[ ] Ingreso	[ ] Egreso
Presuntivo	R15X	R15X - INCONTINENCIA FECAL	[ ] Ppal	[ ] Ingreso	[ ] Egreso

ORDENES MÉDICAS

Tipo Indicación Remision

CONTROL CRONICOS

Solicitud de Cama:	[ ] Requiere Cama.	[ ] Requiere Traslado	Aislamiento:	Aislamiento: Precaucion_Estandar

Condiciones:

Motivo:

MEDICAMENTOS

CANT.	NOMBRE	Posologia
1		REQUIERE
		PAÑALES TENA TALLA M
		UNO CADA SEIS HORAS
		120 PARA UN MES
		360 PARA TRES MESES
		MIPRES No. 20201120191024447964

Ninguna

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 4576590

Escaneado con CamScanner

PLAN DE MANEJO

Fecha / Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2020-10-23 11:[illegible]:51
Nro. Prescripcion
20201023151023868525

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: RISARALDA	Municipio: SANTA ROSA DE CABAL	Código Habilitación: 666820069001
Documento de Identificación: 891480036	Nombre Prestador de Servicios de Salud: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL SANTA ROSA DE CABAL	
Dirección: CRA 14 CALLES 29 Y 30	Teléfono:	

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: CC24684304	Primer Apellido: MAFLA	Segundo Apellido: BEDOYA	Primer Nombre: MARIA	Segundo Nombre: GABRIELA
Número Historia Clínica: 24684304	Diagnóstico Principal: R32X INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	Usuario Régimen: SUBSIDIADO	Ambito atención: AMBULATORIO - NO PRIORIZADO	

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Tipo prestación	Servicio Complementario	Indicaciones o Recomendaciones	Cantidad	Frecuencia Uso	Duración Tratamiento (Cantidad - Periodo)	Cantidad Total
SUCESIVA	PAÑALES	CAMBIAR UN PAÑAL CADA SEIS HORAS , 120 PARA UN MES 360 PARA TRES MESES	1	6 HORA(S)	90 DÍA(S)	360

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC4576590	Nombre: CARLOS HUMBERTO MARIN CORREA
Registro Profesional: 796MD	Firma
Especialidad:	CodVer: 1300-7A6E-DB31-8F2B-A0AE-342C-548B-D29D

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

Escaneado con CamScanner

E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL

891480036

Carrera 14 Entre Calle 29 y 30 Tel. 365 8888

VIGILADO Supersalud

Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383

PLAN DE MANEJO EXTERNO

HISTORIA CLINICA REPORTE PARACLINICOS

Nº Folio: 9 **Fecha:** 23/10/2020 11:21

Nº Historia Clínica: 24684304

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: MARIA GABRIELA MAFLA BEDOYA
Fecha Nacimiento: 31/diciembre/1935 **Edad Actual:** 84 Años \ 9 Meses \ 23 Días
Dirección: CALLE 19 16-54
Procedencia: SANTA ROSA DE CABAL

Identificación: 24684304 **Sexo:** Femenino
Estado Civil: Viudo
Teléfono: 3217938325
Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: MEDIMAS EPS S.A.S (subsidiado)
Plan Beneficios: 0002002 - MEDIMAS CAPITADO SERVICIOS

Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: ESTRATO PAGA 0%

DATOS DEL INGRESO

Responsable:
Dirección Resp:
Finalidad Consulta: No_Aplica
Suministros Paciente:

Teléfono Resp:
Nº Ingreso: 3601770 **Fecha:** 23/10/2020 10:43:10 a.m
Causa Externa: Enfermedad_General

Diagnostico: R32X - INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES Y RELACIONADOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	DIAGNOSTICO		
Definitivo	R32X	R32X - INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	☑ Ppal	☑ Ingreso	Egreso
Presuntivo	R15X	R15X - INCONTINENCIA FECAL	☐ Ppal	Ingreso	Egreso
Presuntivo	I694	I694 - SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA	☐ Ppal	Ingreso	Egreso
Presuntivo	E440	E440 - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA MODERADA	☐ Ppal	Ingreso	Egreso

INDICACIONES A PACIENTE

Indicación: REQUIERE PAÑALES TENA TALLA M

UNO CADA SEIS HORAS

120 PARA UN MES

360 PARA TRES MESES

MIPRES No. 20201023151023868826

Total Items: 1

Dr. Carlos H. Marín
RNO. 720 RC
Res. 4.6/1.530 UDEA

MARIN CORREA CARLOS HUMBERTO
Profesional 796

4576500

Nombre reporte : HCRPReporteBase

Fecha de Impresion : viernes, 23 octu

LICENCIADO A: (E.S.E.) HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SANTA ROSA DE CABAL (N.I.T. 891480036)

Escaneado con CamScanner

Copia
Entrega 2 de 2

Número interno: 218806401
Prescripción No. 20201112100024297946
No. Solicitud 18854667

medimás EPS

DATOS DE USUARIO

Nombre: MARIA GABRIELA MAFLA BEDOYA
Documento: Cedula Ciudadania - 24684304
Sexo: Femenino **Nivel:** 1 **Edad:** 85 años
Tipo de afiliado: Cabeza flia subsidiado **Dx Principal:** E43X
Departamento: Risaralda **Municipio:** Santa Rosa de Cabal

DATOS DE IPS

IPS primaria: Ese Hospital San Vicente De Paúl De Santa Rosa De Cabal
Plan: Subsidiado
Régimen: Subsidiado
IPS solicita: Clinica San Rafaél Pereira Socimedicos SAS MEGACENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD SAN RAFAEL
Entidad recobro: ADRES **Origen:** COMITE

IMPORTANTE: Autorización válida solamente dentro de los 30 dias 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	Cantidad	Tipo Alto Costo	Finalidad	Lateralidad	Causa Externa	Fch Aprobación	No. Autorización
	280741	.alimento para propósitos médicos especiales polimérico, en polvo, a base de concentrado de proteína de suero de leche con maltodextrina, vitaminas y minerales prowhey net 868 g	10	NO ALTO COSTO	Diagnostico	No aplica	Enfermedad general	03/01/2021	438843635

Observaciones: Fecha Entrega: 03/01/2021

TIPO DE PAGO

COPAGO	VLR. MODERADORA
0,0	0,0

Capitación IPS:

INSTITUCIÓN REMITIDA

Nombre IPS: 900979320 MEDISFARMA SAS PEREIRA
Dirección: Calle 33 No. 10B-19
Teléfono: 3165306834

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

Ingresa a www.medimas.com.co ó llámanos en Bogotá al 6510777 y en el resto del pais a nuestra linea nacional 018000120777

Nayive Mendivelso Bejarano
Autorización sujeta a auditoria médica

Usuario Aprueba
Nayive Mendivelso Bejarano

Escaneado con CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2020-11-12 15:13:36
Nro. Prescripción
En Junta de Profesionales de la Salud

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: RISARALDA	Municipio: PEREIRA	Código Habilitación: 660010158706
Documento de Identificación: 900342064	Nombre Prestador de Servicios de Salud: CLINICA SAN RAFAEL SEDE MEGACENTRO	
Dirección: CALLE 12 # 18-50	Teléfono: 3270700 3115411	

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: CC24684304	Primer Apellido: MAFLA	Segundo Apellido: BEDOYA	Primer Nombre: MARIA	Segundo Nombre: GABRIELA
Número Historia Clínica: 24684304	Diagnóstico Principal: E43X DESNUTRICIÓN PROTEICOCALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA	Usuario Régimen: SUBSIDIADO	Ambito 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 Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
SUCESIVA	ALTA EN PROTEÍNA - PROTEÍNA MAYOR AL 20% DE LA ENERGÍA TOTAL- PROWHEY NET LATA 868 / LATA	62 GRAMO(S)	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	DAR 62 GR EN 200 CC DE AGUA CADA 8 HORAS X VO	20 / VEINTE / LATA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC1094931824	Nombre: DARIO ALEXANDER ROCHA GUEVARA
Registro Profesional: 1094931824	
Especialidad:	Firma
	CodVer: 485C-EBBD-8625-F6D4-429B-FF61-9770-1770

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

2 Enero

Escaneado con CamScanner

CLÍNICA San Rafael

CARRERA 19 # 12 - 32
TEL. 3115411
900.342.064-3

Nombre:	MARIA GABRIELA MAFLA BEDOYA	**Regimen:**	EPSS
Cédula de ciudadanía:	24684304	**EPS:**	MEDIMAS EPS S S.A.S
Fecha nacimiento:	31/12/1935	**Estado civil:**	Casado (a)
Edad:	84 años 10 meses 6 días	**Ocupación:**	NO DEFINIDO
Sexo:	FEMENINO	**Estrato:**	Uno
Fecha y hora de atención:	2020-11-12 08:01 p. m.		
Factura No:	100065		

SOLICITUD DE CONSULTA

DX PRINCIPAL

Diagnóstico principal: E43X - DESNUTRICION PROTEICOCALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA **Tipo de diagnóstico:** Confirmado repetido
Causa Externa: M. Enfermedad General

CONSULTAS

Consulta: 890605 - CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Descripción:
CONTROL 3 MESES

VIGENCIA 60 DIAS A PARTIR DE SU EXPEDICIÓN



Profesional: DARIO ALEXANDER ROCHA G
Registro: 1094931824
Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA
Cédula: 1094931824

Enero

Escaneado con CamScanner

CLÍNICA San Rafael

CARRERA 19 # 12 - 32
TEL. 3115411
900.342.064-3

Nombre:	MARIA GABRIELA MAFLA BEDOYA	**Regimen:**	EPSS
Cédula de ciudadanía:	24684304	**EPS:**	MEDIMAS EPS S S.A.S
Fecha nacimiento:	31/12/1935	**Estado civil:**	Casado (a)
Edad:	84 años 10 meses 6 días	**Ocupación:**	NO DEFINIDO
Sexo:	FEMENINO	**Estrato:**	Uno
Fecha y hora de atención:	2020-11-12 08:01 p. m.		
Factura No:	100065		

LATA DE 868 GR (PROWHEY NET) DAR 62 GR EN 200 CC CADA 8 HORAS X VO¬ SE FORMULA POR 90 DIAS (20 LATAS)

REGISTRO MIPRES 20201112100024297946

Alerta médica:



Profesional: DARIO ALEXANDER ROCHA G

Registro: 1094931824

Especialidad: NUTRICION Y DIETETICA

Cédula: 1094931824

Escaneado con CamScanner

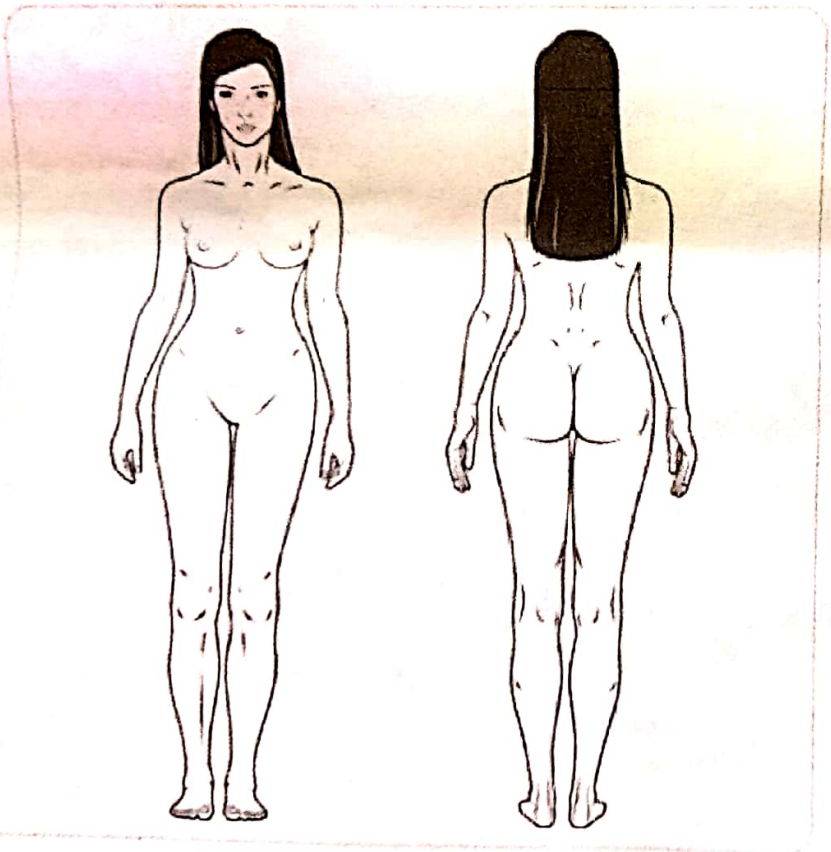
CLÍNICA San Rafael

CARRERA 19 # 12 - 32
TEL. 3115411
900.342.064-3

Nombre:	MARIA GABRIELA MAFLA BEDOYA	**Regimen:**	EPSS
Cédula de ciudadanía:	24684304	**EPS:**	MEDIMAS EPS S S.A.S
Fecha nacimiento:	31/12/1935	**Estado civil:**	Casado (a)
Edad:	84 años 10 meses 6 días	**Ocupación:**	NO DEFINIDO
Sexo:	FEMENINO	**Estrato:**	Uno
Fecha y hora de atención:	2020-11-12 08:01 p. m.		
Factura No:	100065		

Comentarios:

EXAMEN FÍSICO



Resumen examen físico:

.

DX PRINCIPAL

Causa Externa: M. Enfermedad General
Otros Diagnósticos/Aclaraciones:

Observaciones:
CONTINUA CON COMPLEMENTO NUTRICIONAL CON FORMULA COMPLETA CON ALTO APORTE PROTEINA EN

Escaneado con CamScanner

CLÍNICA San Rafael

CARRERA 19 # 12 - 32
TEL. 3115411
900.342.064-3

Nombre:	MARIA GABRIELA MAFLA BEDOYA	**Regimen:**	EPSS
Cédula de ciudadanía:	24684304	**EPS:**	MEDIMAS EPS S S.A.S
Fecha nacimiento:	31/12/1935	**Estado civil:**	Casado (a)
Edad:	84 años 10 meses 6 días	**Ocupación:**	NO DEFINIDO
Sexo:	FEMENINO	**Estrato:**	Uno
Fecha y hora de atención:	2020-11-12 08:01 p. m.		
Factura No:	100065		

HISTORIA CLÍNICA

Tipo de consulta: Consulta Primera vez

Motivo de consulta:
CONTROL NUTRICIONAL

Enfermedad actual:
DESNUTRICION PROTEICO CALORICA SEVERA + ANTECEDENTE DE ACV

Revisión por sistemas:
PACIENTE DE 84 AÑOS DE EDAD VALORADA POR NUTRICION

PESO: 30 KG
TALLA: 145 CM
PESO ANTERIOR: 35 KG
IMC: 14.3

PACIENTE CON MARCADA HIPOREXIA. SIN TRASTORNO SEVERO DE LA DEGLUCIÓN SU ALIMENTACIÓN ES SUBÓPTIMA POBRE APORTE CALÓRICO Y PROTEICO. NO CUBRE DEMANDAS ENERGÉTICAS ACTUALES. PACIENTE EN SITUACIÓN DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA. REQUIERE SOPORTE CALÓRICO CON EL FIN DE CUBRIR REQUERIMIENTOS PROTEICO CALÓRICOS OPTIMIZAR TERAPIA DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL Y DISMINUIR EL RIESGO DE MORBIMORTALIDAD ASOCIADA A DESNUTRICIÓN. EL IMC NO ES UN INDICADOR DIAGNÓSTICO DE ESTADO NUTRICIONAL.
AMERITA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL YA QUE LA DESNUTRICIÓN ES MULTIFACTORIAL Y SUS COMPLICACIONES PODRÍAN CAUSAR COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA MISMA CORRIENDO RIESGO INMINENTE SU VIDA.

ANTECEDENTES PERSONALES

Quirúrgicos N/A **Psiquiátricos** N/A **Inmunológicos** N/A **Venéreas** N/A **Toxicológicos** N/A **Patológicos** N/A **Alérgicos** N/A **Ginecoobstétricos** N/A **Paraclínicos** N/A **Oncológicos** N/A **Generales** N/A

ANTECEDENTES FAMILIARES

SIGNOS VITALES

Peso corporal (kg):	30	**Frecuencia cardiaca (LPM):**		**Saturación O2 (%):**	
Altura (cm):	145	**Frecuencia respiratoria (RPM):**		**Temperatura (ºC):**	
IMC:	14.27	**Glucometría (mmol/l):**		**Perímetro de tórax (cm):**	
Presión sistólica (mmHg):		**Presión diastólica (mmHg):**		**Perímetro de cabeza (cm):**	

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

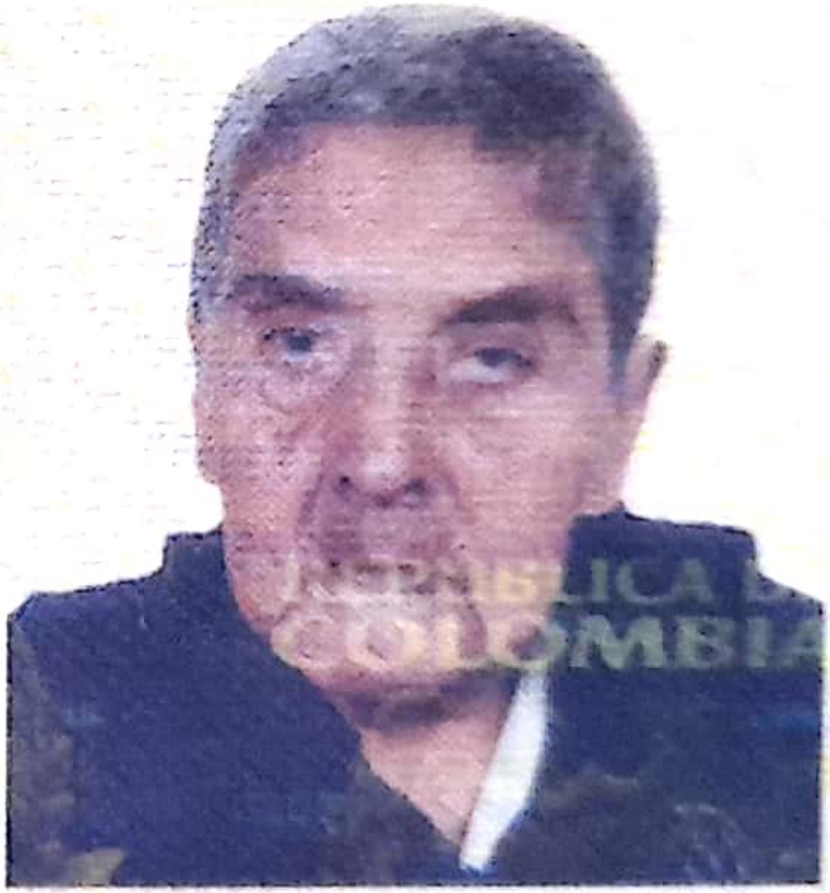
NUMERO **24.684.304**

MAFLA BEDOYA

APELLIDOS

MARIA GABRIELA

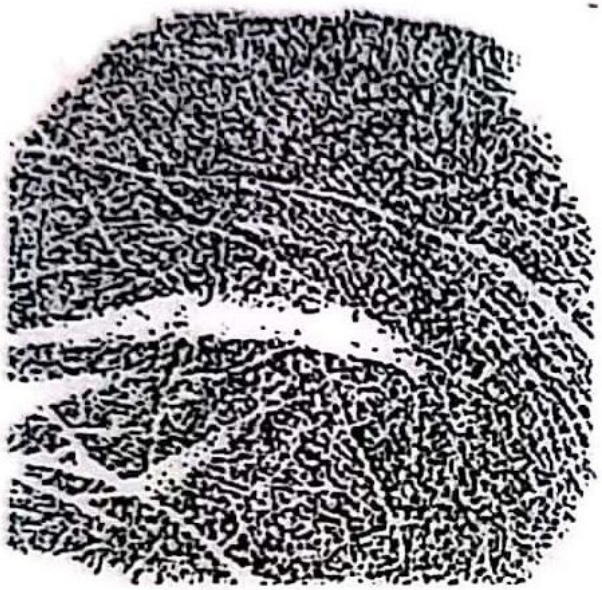
NOMBRES



NO FIRMA

FIRMA

Escaneado con CamScanner



PULGAR IZQUIERDO

FECHA DE NACIMIENTO **31-DIC-1935**

RIOSUCIO
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.48	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-FEB-1963 GUATICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2402900-00541804-F-0024684304-20140128 **0036**927880A 1 36511995

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Escaneado con CamScanner