

DATOS DE LA SOLICITUD

ID de la Teleconsulta: 75026

Estado Teleconsulta: Contestada

Médico solicitante: Daniel Ignacio Anaya
Gonzalez


Fecha y hora de envío: 18-11-2015 10:34:45

Nivel Establ. de origen: II

Nº registro: 10966361

Establecimiento de origen: 134-046 SINERGIA UBA

Firma:


Daniel Anaya Gonzalez
Médico y Cirujano U.C.B.S.
R.M.S. 5-1552-12

(Envigado)(ECG)PROG

Especialidad de destino: Medicina Interna

Prioridad en origen: Baja

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Francisco Jesus Zuleta

Fecha de nacimiento: 23-12-1969

Cedula de ciudadanía: 70578707

Edad: 45 años

Procedencia:

Sexo: Masculino

Ocupación: Empleado

Afiliación: R. Contributivo

Departamento : Antioquia

Municipio : ENVIGADO

Teléfono: 3326789

Entidad Administradora: COOMEVA E.P.S. S.A.

Email: -

Datos de la teleconsulta

Motivo teleconsulta: Orientación en diagnóstico, manejo y tratamiento

Motivo de consulta del paciente joven sin antecedentes de importancia quien se detecto de manera incidental en paciente: consulta de adulto sano leucopenia como se evidencia en los resultados de laboratorio, se compara con hemograma del 2014 y tambien estaban disminuidos pero en el ultimo hemograma control se detecto neutrofilos de 1320. No tiene historia de infecciones recurrentes, no es personal de salud.

Dentro de las ayudas diagnosticas todas son negativas no tiene infecciones virales que expliquen esto ni tampoco bacterianas y tiene tuberculina 12 mm de induración. el examen clinico del paciente es normal, no tiene masas ni megalias ni adenopatias .

Diagnóstico médico general

Observaciones adicionales: PLAN: solicito IC a medicina interna dado que no he encontrado causa de esta leucopenia pero al mismo tiempo es un paciente sin infecciones recurrentes. Solicito la IC para orientar en el paso a seguir ya sea con exámenes o con especialidad que continua el enfoque diagnostico. Gracias.

DATOS DE LA SOLICITUD

ID de la Teleconsulta: 75026

Estado Teleconsulta: Contestada

Médico solicitante: Daniel Ignacio Anaya
Gonzalez


Fecha y hora de envío: 18-11-2015 10:34:45

Nivel Establ. de origen: II

Nº registro: 10966361

Establecimiento de origen: 134-046 SINERGIA UBA

Firma:


Daniel Anaya Gonzalez
Médico y Cirujano U CES
RVA 5-1552-12

(Envigado)(ECG)PROG

Especialidad de destino: Medicina Interna

Prioridad en origen: Baja

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Francisco Jesus Zuleta

Fecha de nacimiento: 23-12-1969

Cedula de ciudadanía: 70578707

Edad: 45 años

Procedencia:

Sexo: Masculino

Ocupación: Empleado

Afiliación: R. Contributivo

Departamento : Antioquia

Municipio : ENVIGADO

Teléfono: 3326789

Entidad Administradora: COOMEVA E.P.S. S.A.

Email: -

EVALUACION Y RESPUESTA DEL ESPECIALISTA

Médico especialista: Javier Holguin Bedoya Obando

Fecha y hora respuesta: 18-11-2015 11:34:56

Nº de registro: 13016324

Prioridad caso según especialista: Alta

Firma:


13016324

Diagnóstico CIE10: D513 - OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DIETETICA DE VITAMINA B12

Orientación diagnóstica: MEDICINA INTERNA 18 XI 2015 ASICNRONICA

PTE HOMBRE DE 45 AÑOS DE EDADA RE,MITIDO POR ENCONTRA
LEUCOPOENAI SIN NEUTROEPNIA Y SIN COMPMRISO DE LAS OTRS LIENAS
CELEULARES, ASINTOMATICO, EXAMEN FISICO NORMAL

PARAÑLNICOS UNICAMENTE LEUCOEPNIA Y EVDA CON ESOFAGITIS , ERGE,
HERNIA HIATAL, GASTRITI CORNICA

PATOLGIUA QUE LA CONFROIA Y NEGETAIVA PARA H PYLORI


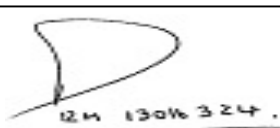
Orientación en manejo y tratamientos: LEUCOPENIA EN ESTUDIO

Orientación para control y seguimiento: SS PARACÑLINCICIOS Y CONTROL


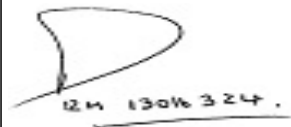
Fundamento del diagnóstico / LEUCPONEIA EN ESTUDIO CON PARACLCNSOPARACTIMANETE NROMALES,

Manejo y tratamiento: SE DECIDE SOLCIUTARA NIVELES DE FOLATOS, VITAMINA B12, HIERRO
SERICO, TSH, RECUTNO E RETIUCLSITOS FSP, ECOGARFAI ABDOMINAL
TOATL Y CONTRO CON REPORTES


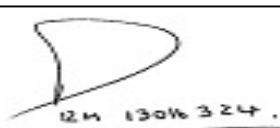
Recetario:

1. Paciente		Fecha	Día: 18	Mes: 11	Año: 2015
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Jesus Zuleta				Francisco	
Documento identificación	Número	Edad	Género		
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	70578707	45	F: ____ M: _x_		
Teléfono	Municipio	Dirección residencia		Departamento	
3326789	57	57			
Afiliación al S.G.S.S.S			Nombre de la entidad		
R. Contributivo					
2. Solicitudes					
ULTRASONOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL: HIGADO, PÁNCREAS, VESÍCULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS +					
Diagnóstico					
D513 - OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DIETÉTICA DE VITAMINA B12					
3. Profesional que remite el caso					
Nombre completo					
Daniel Ignacio Anaya Gonzalez					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	10966361	10966361		 Daniel Anaya Gonzalez Médico y Cirujano U.C.E.S. R.M. 5-1955-12	
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
134-046 SINERGIA UBA (Envigado)(ECG)PROG		carrera 48 25 sur 136		ENVIGADO/ANTIOQ UIA	3017479709
4. Profesional					
Nombre completo					
Javier Holguin Bedoya Obando					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	13016324	13016324		 13016324	
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
ITMS		Av. calle 26 # 69c 03 torre B piso 6		Bogotá	57-1-5931770
5. Entrega del medicamento (a diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista)					
Apellidos y nombres de quien recibe			N° de identidad		
Apellidos y nombres de quien dispensa			N° de identidad		
Establecimiento farmacéutico minorista		Dirección		Fecha de despacho	
				Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	


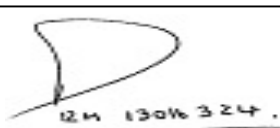
Recetario:

1. Paciente		Fecha	Día: 18	Mes: 11	Año: 2015
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Jesus Zuleta				Francisco	
Documento identificación	Número	Edad	Género		
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	70578707	45	F: ____ M: _x_		
Teléfono	Municipio	Dirección residencia		Departamento	
3326789	57	57			
Afiliación al S.G.S.S.S			Nombre de la entidad		
R. Contributivo					
2. Solicitudes					
RECuento DE RETICULOCITOS, MÉTODO MANUAL +					
Diagnóstico					
D513 - OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DIETETICA DE VITAMINA B12					
3. Profesional que remite el caso					
Nombre completo					
Daniel Ignacio Anaya Gonzalez					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	10966361	10966361		 Daniel Anaya Gonzalez Médico y Cirujano U CES RUS 5-1955-12	
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
134-046 SINERGIA UBA (Envigado)(ECG)PROG		carrera 48 25 sur 136		ENVIGADO/ANTIOQ UIA	3017479709
4. Profesional					
Nombre completo					
Javier Holguin Bedoya Obando					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	13016324	13016324		 13016324	
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
ITMS		Av. calle 26 # 69c 03 torre B piso 6		Bogotá	57-1-5931770
5. Entrega del medicamento (a diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista)					
Apellidos y nombres de quien recibe				N° de identidad	
Apellidos y nombres de quien dispensa				N° de identidad	
Establecimiento farmacéutico minorista		Dirección		Fecha de despacho	
				Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	


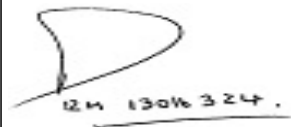
Recetario:

1. Paciente		Fecha	Día: 18	Mes: 11	Año: 2015
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Jesus Zuleta				Francisco	
Documento identificación	Número	Edad	Género		
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	70578707	45	F: ____ M: _x_		
Teléfono	Municipio	Dirección residencia		Departamento	
3326789	57	57			
Afiliación al S.G.S.S.S			Nombre de la entidad		
R. Contributivo					
2. Solicitudes					
EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA, ESTUDIO DE MORFOLOGÍA +					
Diagnóstico					
D513 - OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DIETETICA DE VITAMINA B12					
3. Profesional que remite el caso					
Nombre completo					
Daniel Ignacio Anaya Gonzalez					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	10966361	10966361		 Daniel Anaya Gonzalez Médico y Cirujano U CES RNE 5-1955-12	
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
134-046 SINERGIA UBA (Envigado)(ECG)PROG		carrera 48 25 sur 136		ENVIGADO/ANTIOQ UIA	3017479709
4. Profesional					
Nombre completo					
Javier Holguin Bedoya Obando					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	13016324	13016324		 13016324	
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
ITMS		Av. calle 26 # 69c 03 torre B piso 6		Bogotá	57-1-5931770
5. Entrega del medicamento (a diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista)					
Apellidos y nombres de quien recibe				N° de identidad	
Apellidos y nombres de quien dispensa				N° de identidad	
Establecimiento farmacéutico minorista		Dirección		Fecha de despacho	
<div style="text-align: right;"> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> </div>					


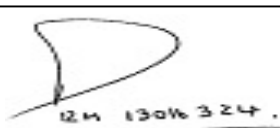
Recetario:

1. Paciente		Fecha	Día: 18	Mes: 11	Año: 2015
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Jesus Zuleta				Francisco	
Documento identificación	Número	Edad	Género		
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	70578707	45	F: ____ M: _x_		
Teléfono	Municipio	Dirección residencia		Departamento	
3326789	57	57			
Afiliación al S.G.S.S.S			Nombre de la entidad		
R. Contributivo					
2. Solicitudes					
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE					
Diagnóstico					
D513 - OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DIETETICA DE VITAMINA B12					
3. Profesional que remite el caso					
Nombre completo					
Daniel Ignacio Anaya Gonzalez					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	10966361	10966361		 Daniel Anaya Gonzalez Médico y Cirujano U.C.E.S. R.M. 5-1955-12	
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
134-046 SINERGIA UBA (Envigado)(ECG)PROG		carrera 48 25 sur 136		ENVIGADO/ANTIOQ UIA	3017479709
4. Profesional					
Nombre completo					
Javier Holguin Bedoya Obando					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	13016324	13016324		 13016324	
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
ITMS		Av. calle 26 # 69c 03 torre B piso 6		Bogotá	57-1-5931770
5. Entrega del medicamento (a diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista)					
Apellidos y nombres de quien recibe				N° de identidad	
Apellidos y nombres de quien dispensa				N° de identidad	
Establecimiento farmacéutico minorista		Dirección		Fecha de despacho	
				Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	


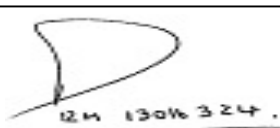
Recetario:

1. Paciente		Fecha	Día: 18	Mes: 11	Año: 2015
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Jesus Zuleta				Francisco	
Documento identificación	Número	Edad	Género		
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	70578707	45	F: ____ M: _x_		
Teléfono	Municipio	Dirección residencia		Departamento	
3326789	57	57			
Afiliación al S.G.S.S.S			Nombre de la entidad		
R. Contributivo					
2. Solicitudes					
ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO +					
Diagnóstico					
D513 - OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DIETETICA DE VITAMINA B12					
3. Profesional que remite el caso					
Nombre completo					
Daniel Ignacio Anaya Gonzalez					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	10966361	10966361		 <small>Daniel Anaya Gonzalez Médico y Cirujano U CES RMS 5-1955-12</small>	
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
134-046 SINERGIA UBA (Envigado)(ECG)PROG		carrera 48 25 sur 136		ENVIGADO/ANTIOQ UIA	3017479709
4. Profesional					
Nombre completo					
Javier Holguin Bedoya Obando					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	13016324	13016324		 <small>13016324</small>	
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
ITMS		Av. calle 26 # 69c 03 torre B piso 6		Bogotá	57-1-5931770
5. Entrega del medicamento (a diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista)					
Apellidos y nombres de quien recibe				N° de identidad	
Apellidos y nombres de quien dispensa				N° de identidad	
Establecimiento farmacéutico minorista		Dirección		Fecha de despacho	
				Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	


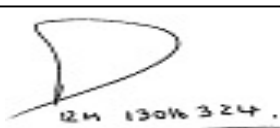
Recetario:

1. Paciente		Fecha	Día: 18	Mes: 11	Año: 2015
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Jesus Zuleta				Francisco	
Documento identificación	Número	Edad	Género		
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	70578707	45	F: ____ M: _x_		
Teléfono	Municipio	Dirección residencia		Departamento	
3326789	57	57			
Afiliación al S.G.S.S.S			Nombre de la entidad		
R. Contributivo					
2. Solicitudes					
VITAMINA B 12					
Diagnóstico					
D513 - OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DIETETICA DE VITAMINA B12					
3. Profesional que remite el caso					
Nombre completo					
Daniel Ignacio Anaya Gonzalez					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	10966361	10966361		 Daniel Anaya Gonzalez Médico y Cirujano U.C.E.S. R.M. 5-1955-12	
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
134-046 SINERGIA UBA (Envigado)(ECG)PROG		carrera 48 25 sur 136		ENVIGADO/ANTIOQ UIA	3017479709
4. Profesional					
Nombre completo					
Javier Holguin Bedoya Obando					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	13016324	13016324		 13016324	
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
ITMS		Av. calle 26 # 69c 03 torre B piso 6		Bogotá	57-1-5931770
5. Entrega del medicamento (a diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista)					
Apellidos y nombres de quien recibe				N° de identidad	
Apellidos y nombres de quien dispensa				N° de identidad	
Establecimiento farmacéutico minorista		Dirección		Fecha de despacho	
				Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	

Recetario:

1. Paciente		Fecha	Día: 18	Mes: 11	Año: 2015
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Jesus Zuleta				Francisco	
Documento identificación	Número	Edad	Género		
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	70578707	45	F: ____ M: _x_		
Teléfono	Municipio	Dirección residencia		Departamento	
3326789	57	57			
Afiliación al S.G.S.S.S			Nombre de la entidad		
R. Contributivo					
2. Solicitudes					
HIERRO TOTAL+					
Diagnóstico					
D513 - OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DIETETICA DE VITAMINA B12					
3. Profesional que remite el caso					
Nombre completo					
Daniel Ignacio Anaya Gonzalez					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	10966361	10966361		 <small>Daniel Anaya Gonzalez Médico y Cirujano U CES RMS 5-1955-12</small>	
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
134-046 SINERGIA UBA (Envigado)(ECG)PROG		carrera 48 25 sur 136		ENVIGADO/ANTIOQ UIA	3017479709
4. Profesional					
Nombre completo					
Javier Holguin Bedoya Obando					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	13016324	13016324		 <small>13016324</small>	
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
ITMS		Av. calle 26 # 69c 03 torre B piso 6		Bogotá	57-1-5931770
5. Entrega del medicamento (a diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista)					
Apellidos y nombres de quien recibe				N° de identidad	
Apellidos y nombres de quien dispensa				N° de identidad	
Establecimiento farmacéutico minorista		Dirección		Fecha de despacho	
				Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	

Recetario:

1. Paciente		Fecha	Día: 18	Mes: 11	Año: 2015
Primer apellido		Segundo apellido		Nombres	
Jesus Zuleta				Francisco	
Documento identificación	Número	Edad	Género		
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	70578707	45	F: ____ M: _x_		
Teléfono	Municipio	Dirección residencia		Departamento	
3326789	57	57			
Afiliación al S.G.S.S.S			Nombre de la entidad		
R. Contributivo					
2. Solicitudes					
FERRITINA +					
Diagnóstico					
D513 - OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DIETETICA DE VITAMINA B12					
3. Profesional que remite el caso					
Nombre completo					
Daniel Ignacio Anaya Gonzalez					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	10966361	10966361		 Daniel Anaya Gonzalez Médico y Cirujano U.C.E.S. R.M. 5-1955-12	
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
134-046 SINERGIA UBA (Envigado)(ECG)PROG		carrera 48 25 sur 136		ENVIGADO/ANTIOQ UIA	3017479709
4. Profesional					
Nombre completo					
Javier Holguin Bedoya Obando					
Documento de identidad	Número	Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión N°		Firma	
T.I: ____ C.C: _x_ Otro: ____	13016324	13016324		 13016324	
Institución donde labora		Dirección		Ciudad	Teléfono
ITMS		Av. calle 26 # 69c 03 torre B piso 6		Bogotá	57-1-5931770
5. Entrega del medicamento (a diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista)					
Apellidos y nombres de quien recibe				N° de identidad	
Apellidos y nombres de quien dispensa				N° de identidad	
Establecimiento farmacéutico minorista		Dirección		Fecha de despacho	
				Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	

ANEXO TÉCNICO No: 3 - SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

1. GENERAL

Número de solicitud : 0908		Fecha : 18-11-2015		Hora : 11:33:42	
Codigo Prestador		Nombre Prestador		Nombre Establecimiento	
		SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.		134-046 SINERGIA UBA (Envigado)(ECG)PROG	
Dirección : carrera 48 25 sur 136		Departamento :		Municipio :	
				Teléfono : 3017479709	

2. ENTIDAD A LA QUE SE SOLICITA AUTORIZACIÓN

Código : EPS016	Nombre Entidad : COOMEVA E.P.S. S.A.
-----------------	--------------------------------------

3. DATOS DEL PACIENTE

1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre			
Jesus Zuleta		-		Francisco		-			
Documento identificación		Número de Documento		Fecha Nacimiento		Género			
CC-Cedula de ciudadanía		70578707		1969-12-23		_M_ Masculino			
Correo electrónico		Teléfono		Dirección residencia		Departamento		Municipio	
-		3326789		-		5-Antioquia		266-ENVIGADO	

Afiliación al S.G.S.S.S

X R. Contributivo

4. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen	Tipo de Servicio
X Enfermedad General	_X_ Servicios Electivos
Prioridad de la atención	Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización
X No Prioritaria	_X_ Consulta Externa
Servicio	Cama
CONSULTA EXTERNA	NO APLICA

Manejo Integral según guía de

Otro

Observacion

5. Cups

Código CUPS	Cantidad	Descripción
881302	1	ULTRASONOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL: HIGADO, PÁNCREAS, VESÍCULA, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLA
902206	1	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA, ESTUDIO DE MORFOLOGÍA +
902223	1	RECuento DE RETICULOCITOS, MÉTODO MANUAL +
903016	1	FERRITINA +
903105	1	ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO +
903703	1	VITAMINA B 12
903846	1	HIERRO TOTAL+
904904	1	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE

Justificación Clínica

LEUCOPENIA EN ESTUDIO CON PARACLSNSOPARACTIMANETE NROMALES, SE DECIDE SOLCIUTARA NIVELES DE FOLATOS, VITAMINA B12, HIERRO SERICO, TSH, RECUT

Diagnostico

D513 - OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DIETETICA DE VITAMINA B12

MEDICO TRATANTE:	Daniel Ignacio Anaya Gonzalez	MEDICO ESPECIALISTA:	Javier Holguin Bedoya Obando
------------------	-------------------------------	----------------------	------------------------------

REGISTRO MEDICO:

10966361

ESPECIALIDAD:

Medicina Interna

REGISTRO:

13016324

FIRMA:


Daniel Andrés GARCÍA
Médico Cirujano CES
Nº 1.952.71

FIRMA:


Dr. 13016324