



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIOS DE CIRUGÍA
HOSPITAL CENTRAL

No Orden
2202003399
Fecha de Imresión
2022/02/16 11:34 26a r

Paciente : CC 1012447566 LAURA VALENTINA TALERO MAR No. Historia : 1012447566 PF 00
Tipo de Plan : EPS
Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION Tipo Vinculación : COTIZANTE Categoría : A
Fecha de Evolución : 2022/02/16 11:19:44a.m. Edad : 24 Años Sexo : Femenino
Ubicación Sin Asignación de Cama Ambito : Ambulatorio

Servicio Solicitado

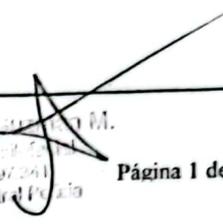
Código	Procedimiento	Cantidad	Lado	Via	Catastrófico	Prioridad
766601	OSTEOTOMIA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) +	1	IZQUIERDA	NO APLICA	NO	URGENTE

Fecha Cirugía : 2022/12/12 Hora : 12:00 Reintervención NO
Ambito HOSPITALARIO Junta Quirúrgica
Tipo de Solicitud ELECTIVA Tipo de Anestesia GENERAL BALANCEADA
LUGAR DE REALIZACION
Tipo de Sala QUIROFANO Centro Medico HOSPITAL CENTRAL

Observaciones

ORDENADO POR

c:\ips\Reportes\QrfrP002.rpt

Dr. **Firma:** 
Claudio Guzmán M.
C.C. 75797241
Hospital Central Policía

Página 1 de 2

3173218396
3227293245



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD
ORDEN DE SERVICIOS DE CIRUGÍA
HOSPITAL CENTRAL

No Orden
2202003399
Fecha de Imresión
2022/02/16 11:34:26a.r

Paciente : CC 1012447566 LAURA VALENTINA TALERO MAR No. Historia : 1012447566 PF 00
Tipo de Plan : EPS
Plan : PLAN INTEGRAL DE ATENCION Tipo Vinculación : COTIZANTE Categoría : A
Fecha de Evolución : 2022/02/16 11:19:44a.m. Edad : 24 Años Sexo : Femenino
Ubicación Sin Asignación de Cama Ambito : Ambulatorio

DISTRACTOR TERCIO MEDIO - SISTEMA 1.0 1.5 2.0 MOTOR ELECTRICO SIERRA 10 MM Y 20 MM - ALAMBRE 0.5 SOPORTE TECNICO.

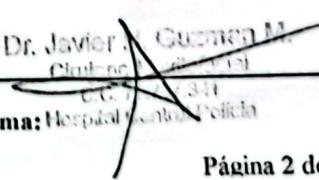
Datos Clínicos de Importancia

SE SOLICITA DISTRACTOR DE TERCIO MEDIA - SISTEMA DE TORNILLOS 1.0 - 1.5 - 2.0 - ALAMBRES Y TORNILLOS, MOTOR ELECTRICO CON SIERRA DE 10 MM Y 20 MM - PIEZA RECTA FRESAS 701 - 702 - ALAMBRE 0.5 - SOPORTE TECNICO.

Diagnostico Preoperatorio Código Descripción
Z98 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS

ORDENADO POR

c:\ips\Reportes\QrfrP002.rpt

Dr. **Firma:** 
Javier Guzmán M.
C.C. 75797241
Hospital Central Policía

Página 2 de



POLICIA NACIONAL

HOSPITAL CENTRAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSECUTIVO
2202001478

FECHA
2022/02/16 11:35:24AM

YO, LAURA VALENTINA TALERO MARTINEZ CON CC 1012447566

1. Por la presente autorizo al Doctor JAIME MORA
y a los asistentes de su eleccion
a realizar enmi o en el
pacientela(s) siguiente(s) intervencion quirurgica (s) o
Procedimiento Especial ()
Procedimiento: DISTRACCION OSTEOGENICA MAXILAR - TRANSPORTE OSEO.

2. El Doctor JAIME MORAME ha explicado la naturaleza y
propositos de la intervencion quirurgica o procedimiento especial,
Tambien me ha informado de las ventajas y de las complicaciones ,
entre estas :

PERDIDA Y NECROSIS DE SEGMENTO DISTRAIDO, RECIDIVA, NECESIDADE DE
REINTERVENCION, NECESIDAD DE CERCLAJE, AFECTACION Y AUMENTO DE
DEFECTO OSEO, FISTULA ORONASAL, ORO ANTRAL. DEFECTOS Y INDESEADOS,
NECESIDAD DE HOPITALIZACION , FRACTURA DE DISTRATOR, FRACTURA DE
SEGMENTOS OSEOS, REABSORCION OSEA. INFECCION EN LA ZONA, INFECCION POR
COVID 19. ALTERACION FUNCIONAL Y ESTETICA, MUERTE

Asi como las posibles alternativas al tratamiento propuesto. Se me ha
dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han
sido contestadas satisfactoriamente.

3. Entiendoque el curso de la intervencion quirurgica o procedimiento
especial pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran
procedimientos adicionales .Por tanto autorizo la realizacion de
estos procedimientos si el medico arriba mencionado o a los
asistentes, los juzgan necesario.

4. Reconozco que no me han garantizado los resultados que se esperan
de la intervencion quirurgica o procedimiento especial.

5. Certifico que he leído y comprendo perfectamente lo anterior y que
todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y
que me encuentroen capacidad de expresar mi libre albedrio

Fecha : _____
personaresponsable
C.C. _____

Firma del paciente o

"HUMANISMO Y CALIDAD, CAMINO A LA EXCELENCIA EN LA SANIDAD POLICIAL"

www.policia.gov.co

trans. 45 N: 40-13 CAN

Firma testigo : _____
firma una persona

Parentesco si

que no sea el paciente

C.C. _____

Certifico que he explicado la naturaleza, proposito, ventajas, riesgos y alternativas de la propuesta, intervencion quirurgica o procedimiento especial, y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente, pariente /tutor comprenden completamente lo que he explicado

Fecha _____
CC _____

Firma testigo de medico

CC _____

Firma del medico

~~Dr. Javier H. Guzman M.
Cirujano Maxilofacial
C.C. 77797301
Hospital Central Policia~~

"HUMANISMO Y CALIDAD, CAMINO A LA EXCELENCIA EN LA SANIDAD POLICIAL"

www.policia.gov.co
trans. 45 N: 40-13 CAN