

Orden: 26030011	Servicio: CONSULTA EXTERNA
Paciente: JUAN CARLOS HIGUITA FLOREZ	Médico:
Identificación: 1001764387	Eps: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS
Edad / Sexo: 24 A / Masculino	F. Creación: 02/03/2026 06:46:16 a. m.
Telefono: 3206453797 Dirección: CALLE 23 N 22-31	F. Impresión: 03/03/2026 04:29:15 p. m.

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES REFERENCIA
--------	-----------	----------	--------------------

HEMATOLOGÍA

HEMOGRAMA IV MÉTODO AUTOMATIZADO

RECuento DE ERITROCITOS	5.7	10 ⁶ /uL	4.57 - 5.7
HEMOGLOBINA	16.5	g/dL	14.05 - 17.8
HEMATOCRITO	47.1	%	40.83 - 50.97
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	82.6	fL	80.97 - 94.46
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29	pg	27.82 - 32.87
CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	35.1	g/dL	33.33 - 36.05
RDW-SD	*	fL	39.54 - 47.32
RDW-CV	12.1	%	11.58 - 13.69
RECuento DE LEUCOCITOS	7.03	10 ³ /uL	3.95 - 8.8
NEUTRÓFILOS #	3.56	10 ³ /uL	1.77 - 5.2
LINFOCITOS #	2.72	10 ³ /uL	1.21 - 3.2
MONOCITOS #	0.57	10 ³ /uL	0.26 - 0.7
EOSINÓFILOS #	0.16	10 ³ /uL	0 - 0.2
BASÓFILOS #	0.02	10 ³ /uL	0 - 0.1
NEUTRÓFILOS %	50.6	%	41.33 - 69.4
LINFOCITOS %	38.7	%	21.12 - 48.4
MONOCITOS %	8.1	%	4.89 - 10.4
EOSINÓFILOS %	2.3	%	0.04 - 2.7
BASÓFILOS %	*	%	0 - 0.2
RECuento DE PLAQUETAS	264	10 ³ /uL	164.26 - 337.47
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.2	fL	7.9 - 11.9
PDW	16	%	15.37 - 16.58
PCT	2.7	%	1.7 - 3.2

Referencia alterna: Intervalos biológico de referencia (Para adultos): Mejía-Saldarriaga SS, Agudelo Rendón D, Bossio-Zapata F, Sánchez-Cifuentes E, Jaramillo-Pérez LM, Acevedo-Toro P. Determinación de intervalos biológicos de referencia para adultos en el equipo hematológico BC-5000 de la Escuela de Microbiología de la Universidad de Antioquia, Medellín 2017. Iatreia. 2019 Abr-Jun; 32(2):92-101. DOI 10.17533/udea.iatreia.08

Técnica: Impedancia eléctrica, colorimétrico y dispersión por láser- (Equipo Mindray BC-5000®)


VALENTINA GIRALDO CARMONA
CC 1.40.061.138
Bacterióloga

Bact: VALENTINA GIRALDO CARMONA
TP: 1040051138
Fecha: 02/03/2026 09:38:45 a. m.



21294289

Página 1 de 1

Servicio : CONSULTA EXTERNA
Solicitud : 21294289
Paciente : JUAN CARLOS HIGUITA FLOREZ
Identificación : 1001764387
Convenio : SAVIA SALUD EPS EVENTO
Telefono : 3206453797

Sede : ADILAB RIONEGRO
Fecha Recepción : 2026-02-28 07:31:19
Fecha Validación : 2026-02-28 15:18:32
Fecha Impresión : 2026-02-28 21:06:04
Edad/Sexo : 24 / M
Fecha Nacido : 2001-10-01

ANALISIS	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
----------	-----------	-----------------------

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)

Resultado: 32.7 Seg
Control Normal del Día: 27.4 Seg
Metodo: Coagulometría.
Valores de referencia:
15 días - 4 semanas: 27.6 seg - 45.6 seg
1-5 meses: 24.8 seg - 40.7 seg
6-11 meses: 25.1 seg - 40.7 seg
1-5 años: 24.0 seg - 39.2 seg
6-10 años: 26.9 seg - 38.7 seg
11-17 años: 24.6 seg - 38.4 seg
Adultos: 25.1 seg - 36.5 seg
Protocolo acorde a las guías internacionales de la CLSI.

TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]

Resultado: 10.5 Seg
Control Normal del Día: 11.0 Seg
INR: 0.95
Metodo: Coagulometría.
Valores de referencia:
15 días - 4 semanas: 9.5 seg - 12.6 seg
1-5 meses: 9.7 seg - 12.8 seg
6-11 meses: 9.8 seg - 13.0 seg
1-5 años: 9.9 seg - 13.4 seg
6-10 años: 10.0 seg - 14.6 seg
11-17 años: 10.0 seg - 14.1 seg
Adultos: 9.5 seg - 12.6 seg
ISI Utilizado: 1.01

El análisis debe ser interpretado teniendo en cuenta valores de referen
Protocolo acorde a las guías internacionales de la CLSI.

Validado Por:

CATALINA MARIA QUERUBIN LOPEZ
MICROBIOLOGA Y BIOANALISTA
T.P. 08020

* La interpretación del resultado de sus exámenes corresponde exclusivamente al médico *

Calle 49 # 45 - 81 Edificio Cataluña - Piso 3 - Medellín - Colombia
Teléfonos : (+4) 4443582 - 3104564486 - 3104565660 - 3104560324.
www.adilab.com.co / e-mail : laboratorio@adilab.com.co

Para verificar la autenticidad de este documento, debe escanear el código QR o ingresar a la siguiente URL,
desde donde deberá ingresar el documento de identidad y este código: 21294289

URL : <https://acortar.link/v13yLL>



 MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL ANEXO TÉCNICO No. 1 PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA INFORMACIÓN: 4. AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y TECNOLOGÍAS EN SALUD CONSECUTIVO DEL PROCEDIMIENTO: 2026022332812366 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32812366 FECHA Y HORA : 2026-02-23-07:33									
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO									
Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.				NIT	900604350		Código	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)									
Nombre					Tipo Documento		Número documento		
ESE HOSPITAL LA MARIA					NI		890905177		
Código	050010608601			Teléfono 1	3205970178	Tipo	Teléfono Móvil		
Correo	agendate@lamaria.gov.co			Teléfono 2	6044447192	Tipo	Teléfono Fijo		
Dirección									
Calle 92EE # 67 - 61									
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN				
DATOS DEL PACIENTE									
HIGUITA		FLOREZ		JUAN		CARLOS			
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	1001764387			Fecha de nacimiento	2001-10-01		
Dirección de Residencia Habitual		CL 23 22 31				Teléfono	6040001000		
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	LA CEJA				
Teléfono celular	3128871785		Correo electrónico	netrerelme@gmail.com					
Dirección alternativa					Nivel	No Aplica			
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama	
Servicio	ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	S521 - Fractura de la epifisis superior del radio				
Manejo integral según Guía de									
Grupo de servicios									
Consulta externa									
Modalidad de la tecnología de salud	Intramural			Finalidad de la tecnología de salud	DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDAD GENERAL				
Código CUPS	Cantidad	Descripción							
849401	1	CORRECCION DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL							
Observación	se aprueba								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	25693875			Fecha y hora de solicitud	2026-02-09:19				
PAGOS COMPARTIDOS									
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:						0.00 %			
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:				725		Reclamo de ticket, bono o vale de pago			
Recaudo del prestador:									
Aplica cobro: NO									
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos		Porcentaje %			
Copago		Exento cobro	✓	0.00		0.00 %			
Topo máximo copagos	0		Motivo Exento	Exonerado de copago por régimen subsidiado					
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza				Cargo o actividad					
sospinam (SANDRA MILENA OSPINA MUÑOZ)				AUTORIZADOR SAVIASALUD					
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas				La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		Fecha fin autorización		2026-08-22	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS				018000423683					

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL									
 ANEXO TÉCNICO No. 1 PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA INFORMACIÓN: 4. AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y TECNOLOGÍAS EN SALUD CONSECUTIVO DEL PROCEDIMIENTO: 2026022332812359 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32812359 FECHA Y HORA : 2026-02-23-07:33									
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO									
Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.				NIT	900604350	Código	EPSS40	
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)									
Nombre					Tipo Documento		Número documento		
ESE HOSPITAL LA MARIA					NI		890905177		
Código	050010608601			Teléfono 1	3205970178	Tipo	Teléfono Móvil		
Correo	agendate@lamaria.gov.co			Teléfono 2	6044447192	Tipo	Teléfono Fijo		
Dirección									
Calle 92EE # 67 - 61									
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLIN				
DATOS DEL PACIENTE									
HIGUITA		FLOREZ		JUAN		CARLOS			
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre			
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación		1001764387		Fecha de nacimiento		2001-10-01	
Dirección de Residencia Habitual		CL 23 22 31				Teléfono		6040001000	
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	LA CEJA				
Teléfono celular	3128871785		Correo electrónico	netrerelme@gmail.com					
Dirección alternativa					Nivel	No Aplica			
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama	
Servicio	ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	S521 - Fractura de la epifisis superior del radio				
Manejo integral según Guía de									
Grupo de servicios									
Consulta externa									
Modalidad de la tecnología de salud	Intramural			Finalidad de la tecnología de salud	DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDAD GENERAL				
Código CUPS	Cantidad	Descripción							
936801	1	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA							
Observación	se aprueba								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	25693876			Fecha y hora de solicitud	2026-02-02-09:19				
PAGOS COMPARTIDOS									
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:						0.00 %			
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:				725		Reclamo de ticket, bono o vale de pago			
Recaudo del prestador:									
Aplica cobro: NO									
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos		Porcentaje %			
Copago		Exento cobro	✓	0.00		0.00 %			
Topo máximo copagos	0		Motivo Exento			Exonerado de copago por régimen subsidiado			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza				Cargo o actividad					
sospinam (SANDRA MILENA OSPINA MUÑOZ)				AUTORIZADOR SAVIASALUD					
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas				La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		Fecha fin autorización		2026-08-22	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS				018000423683					

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL									
 ANEXO TÉCNICO No. 1 PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA INFORMACIÓN: 4. AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y TECNOLOGÍAS EN SALUD CONSECUTIVO DEL PROCEDIMIENTO: 202602332812380 - NUMERO DE AUTORIZACION: 32812380 FECHA Y HORA : 2026-02-23-07:34									
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO									
Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.				NII	900604350	Código	EPSS40	
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)									
Nombre					Tipo Documento		Número documento		
ESE HOSPITAL LA MARIA					NI		890905177		
Código	050010608601				Teléfono 1	3205970178	Tipo	Teléfono Móvil	
Correo	agendate@lamaria.gov.co				Teléfono 2	6044447192	Tipo	Teléfono Fijo	
Dirección									
Calle 92EE # 67 - 61									
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	MEDELLÍN			
DATOS DEL PACIENTE									
HIGUITA		FLOREZ			JUAN		CARLOS		
1er Apellido		2do Apellido			1er Nombre		2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación			1001764387		Fecha de nacimiento		2001-10-01
Dirección de Residencia Habitual		CL 23 22 31					Teléfono		6040001000
Departamento	ANTIOQUIA				Municipio	LA CEJA			
Teléfono celular	3128871785		Correo electrónico		netrerelme@gmail.com				
Dirección alternativa					Nivel	No Aplica			
SERVICIOS AUTORIZADOS									
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:								Cama	
Servicio ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)					Diagnostico Principal			S521 - Fractura de la epifisis superior del radio	
Manejo integral según Guía de									
Grupo de servicios					Consulta externa				
Modalidad de la tecnología de salud					Intramural		Finalidad de la tecnología de salud		DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDAD GENERAL
Código CUPS	Cantidad	Descripción							
786301	1	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CUBITO							
Observación	se aprueba								
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		25693874			Fecha y hora de solicitud		2026-02-02-09:19		
PAGOS COMPARTIDOS									
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:						0.00 %			
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:						725		Reclamo de ticket, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:									
Aplica cobro: NO									
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos			Porcentaje %		
Copago		Exento cobro	✓	0.00			0.00 %		
Tope máximo copagos		0		Motivo Exento		Exonerado de copago por régimen subsidiado			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA									
Nombre de quien autoriza					Cargo o actividad				
sospinam (SANDRA MILENA OSPINA MUÑOZ)					AUTORIZADOR SAVIASALUD				
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas					La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días			Fecha fin autorización	
								2026-08-22	
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS					018000423683				

Medellin

Copia 1

SAVIA SALUD EPS

Página 1 de 1



ANEXO TÉCNICO No. 1
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO DE SOLICITUD

2 6 0 1 2 7 7 9 0 4

FECHA:

2 0 2 6 / 0 1 / 2 7

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA:

1 1 : 5 8

Nombre:	E.S.E. HOSPITAL LA MARIA		NIT	X	8	9	0	9	0	5	1	7	7
Codigo:	0	5	0	0	1	0	6	0	8	6	0	1	
Telefono:	098		4447192		Departamento:		ANTIOQUIA		0		5		
				Municipio:		MEDELLIN		0		0		1	

Indicativo

Telefono

Entidad a la que se le informa (pagador) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS

Codigo: EPSS40

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
HIGUITA	FLOREZ	JUAN	CARLOS

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil	☐ Cedula de extranjeria	☒ Cedula de ciudadanía	☐ Menor sin identificacion	1	0	0	1	7	6	4	3	8	7
☐ Tarjeta de identidad	☐ Pasaporte	☐ Adulto sin Identificaci	Fecha de nacimiento:	1	/	1	0	/	2	0	0	1	

Direccion de Residencia Habitual: CL 23 22 31

Telefono: 3 1 2 8 8 7 1 7 8 5

Departamento: ANTIOQUIA 0 5 Municipio: LA CEJA 3 7 6

Telefono Celular: 3 1 2 8 8 7 1 7 8 5 Correo Electronico SINCORREO@GMAIL.COM

Cobertura en salud	☐ Regimen Contributivo	☐ Regimen Subsidiado_Parcial	☐ Poblacion Pobre No Asegurada sin SISBEN	☐ Desplazados
	☒ Regimen subsidiado-Total	☐ Poblacion pobre No Asegurada con SISBEN	☐ Plan Adicional de Salud	☐ Otros

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atencion	Tipo de servicio Solicitado	Prioridad de la Atencion
☒ Enfermedad General	☐ Accidente de Trabajo	☐ Evento Catastrofico
☐ Enfermedad Profesional	☐ Accidente de Transito	☐ Posterior a la atencion de Urgencias
	☒ Servicios Electivo	☐ No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion

Consulta_Externa

☐ Consulta Externa	☐ Urgencias	☐ Hospitalizacion	Servicio	CONSULTA EXTERNA	Cama				
---	------------------------------------	--	----------	------------------	------	--	--	--	--

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
9 0 2 2 1 0	1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE PLACAS ERIPTOCITARIAS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQU
9 0 2 0 4 5	1	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
9 0 2 0 4 9	1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
7 8 6 3 0 1	1	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CUBITO
8 4 9 4 0 0	1	CORRECCIÓN DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL SOD
9 3 6 8 0 0	1	INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECIFICA SOD
8 9 0 2 2 6	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

Medicamentos

Codigo CUM	Cantidad	Descripción

Justificación Clínica: Ap: Niega. Alergias: Niega. Qx: Os de codo derecho cúpula radial hace 10 años, jugndo fútbol-- Ciudad Bolivar. Motivo de consulta: "Me está doliendo el brazo el material "Refiere cuadro clínico de más de 3 años con dolor en codo derecho, sensibilidad, con limitación para sostener peso o manejar moto, con debilidad, limitación. Examen físico: Hejrida en codo derecho sana, sin dehiscencia, ama en codo 5-130°, flexoextensión, supinación 5°, pronación 20°, snsibilidad y motor distal conservado, perfusión distal conservada. Rx de codo: Fractura cupila radial consolidada, con osificación radial anterior proximal. Tac con osificación en egión anterior y meidal, impresiona sinostosis fibroosea radioulnar proximal. Juan 24 años, antecednte de luxofractura de cúpula radial derecha, manejo con osteosintesis hoy con fx consolidada, ama eflexoextensión uncional, pero arcada limitación pmosupinación, rx con clinica de sinostosis fibroosea y osificación en radio proximal, tiene molestias en zona de implante, se explica posibilidad de retiro y liberación de adherencias, pero riesgo de persistir y tener más posificación heterotópica a pesar de prevención y profilaxis farmacológica, decide asumir, por lo cul se programa cirugía. Se programa retiro de mos en adio proximal + liberación de adherencias y resección osificación heterotópica en adio proximal derecho HL, TP, TPT. valoración POR ANESTESIOLOGÍA. Se solicita det de extracción SOS. Osteotomos pequeños y medianos. Mesa de mano, torniquete neumático.

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripción
Dx Principal	S 5 2 1	FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO
Dx relacionado1	M 6 1 9	CALCIFICACION Y OSIFICACION DEL MUSCULO, NO ESPECIFICADA
Dx relacionado2	M 2 5 6	RIGIDEZ ARTICULAR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita	GOMEZ CONTRERAS MIGUEL ANGEL	Telefono											
Cargo Actividad	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	Indicativo	Numero		Extension								

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL LA MARIA] NIT [890905177-9]

tramite interno
25693874

por la vida desde 1923

PERSONALES

Paciente	JUAN CARLOS HIGUITA FLOREZ		Tipo Doc	Cédula	Ciudadanía	DOCUMENTO	1001764387
Edad	24 Años / 3 Meses / 25 Día	Sexo	Masculino	Estado Civil	Soltero		
Fecha Nacimiento	01/10/2001	Dirección	CL 23 22 31	Teléfono	3206453797/3128871785		
Area	CONSULTA EXTERNA	Ingreso	1772418	Fecha Ingreso	27/01/2026 11:07:06 a. m.		
DATOS DE AFILIACIÓN							
Entidad	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA		Regimen	Subsidiado	Estrato	SUBSIDIADO NIVEL 1 2026	
Nombre Acudiente			Telefono	Parentesco			
Nombre Acompañante			Telefono				
FOLIO N° 1	FECHA GRABACIÓN DE FOLIO		27/01/2026 11:58 a. m.				
MOTIVO DE LA CONSULTA							

Juan Higueta 24 años, residentes en Urráo, viene con la madre María.

Ocupación: Estudiante universitario.

Diestro.

Ap: Niega.

Alergias: Niega.

Qx: Os de codo derecho cúpula radial hace 10 años, jugndo fútbol-- Ciudad Bolívar.

Motivo de consulta:

"Me está doliendo el brazo el material "

Refiere cuadro clínico de más de 3 años con dolor en codo derecho, sensibilidad, con limitación para sostener peso o manejar moto, con debilidad, limitación.

Examen físico: Heirda en codo derecho sana, sin dehsicencia, ama en codo 5-130°, flexoextensión, supinación 5], pronación 20°, snsibilidad y motor distal conservado, perfusión distal conservada.

Rx de codo: Fractura cupila radial consolidada, con osificiación radial anterior proximal.

Tac con osificiación en egión anterior y meidal, impresiona sinostosis fibroosea radioulnar proximal.

Juan 24 años, antecednte de luxofractura de cúpula radial derecha, manejo con osteosíntesis hoy con fx consolidada, ama eflexoextensión uncional, pero arcada limitación prmosupinación, rx con clinica de sinostosis fibroosea y osificación en radio proximal, tiene molestias en zona de implante, se explica posibilidad de retiro y liberación de adherencias, pero riesgo de persistir y tener más posificiación heterotópica a pesar de prevención y profilaxis farmacológica, decide asumir, por lo cul se programa cirugía.

Se programa retiro de mos en adio proximal + liberación de adherencias y resección osificación heterotopica en adio proximal derecho

HL, TP, TPT.

valoración POR ANESTESIOLOGÍA.

Se solicita det de extracción SOS.

Osteotomos pequeños y medianos.

Mesa de mano, torniquete neumático.

ENFERMEDAD ACTUAL

Ap: Niega.

Alergias: Niega.

Qx: Os de codo derecho cúpula radial hace 10 años, jugndo fútbol-- Ciudad Bolívar.

Motivo de consulta:

"Me está doliendo el brazo el material "

Refiere cuadro clínico de más de 3 años con dolor en codo derecho, sensibilidad, con limitación para sostener peso o manejar moto, con debilidad, limitación.

Examen físico: Heirda en codo derecho sana, sin dehsicencia, ama en codo 5-130°, flexoextensión, supinación 5], pronación 20°, snsibilidad y motor distal conservado, perfusión distal conservada.

Rx de codo: Fractura cupila radial consolidada, con osificiación radial anterior proximal.

Tac con osificiación en egión anterior y meidal, impresiona sinostosis fibroosea radioulnar proximal.

Juan 24 años, antecednte de luxofractura de cúpula radial derecha, manejo con osteosíntesis hoy con fx consolidada, ama eflexoextensión uncional, pero arcada limitación prmosupinación, rx con clinica de sinostosis fibroosea y osificación en radio proximal, tiene molestias en zona de implante, se explica posibilidad de retiro y liberación de adherencias, pero riesgo de persistir y tener más posificiación heterotópica a pesar de prevención y profilaxis farmacológica, decide asumir, por lo cul se programa cirugía.

Se programa retiro de mos en adio proximal + liberación de adherencias y resección osificación heterotopica en adio proximal derecho

HL, TP, TPT.

valoración POR ANESTESIOLOGÍA.

Se solicita det de extracción SOS.

Osteotomos pequeños y medianos.

Mesa de mano, torniquete neumático.

Ex por la vista desde 1923

PERSONALES

Paciente **JUAN CARLOS HIGUITA FLOREZ**

Area **CONSULTA EXTERNA**

Ingreso **1772418**

DOCUMENTO / HISTORIA

1001764387

Fecha Ingreso **27/01/2026 11:07**

N° **1**

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

27/01/26 11:58 a. m.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Signos y Sentidos:

Cardio-Pulmonar:

Genito:

Mito - Urinario:

Musculo - Esquelético:

Neurológico:

Piel y Faneras:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales

TA:	/	mm Hg	TAM:	mm Hg	FC:	x min	FR:	x min	Dolor	No	Temperatura:	* C	
Glucometria	☐	mg/dl	S02	☐	%	FI02	☐	%	Perfusion	< 2	seg	Estado de Conciencia:	Alerta
Peso	☐	Kgs	Talla	☐	Cms	IMC:		PVC:	☐	mmH2O			

Estado General:

Cabeza y Sentidos:

Cuello:

Cardio-Pulmonar-Vascular:

Abdomen:

Genito - Urinario:

Musculo - Esquelético:

Neurológico:

Piel y Faneras:

ANALISIS:

Ap: Niega.

Alergias: Niega.

Ox: Os de codo derecho cúpula radial hace 10 años, jugando fútbol-- Ciudad Bolívar.

Motivo de consulta:

"Me está doliendo el brazo el material"

Refiere cuadro clínico de más de 3 años con dolor en codo derecho, sensibilidad, con limitación para sostener peso o manejar moto, con debilidad, limitación.

Examen físico: Heirda en codo derecho sana, sin dehiscencia, ama en codo 5-130°, flexoextensión, supinación 5°, pronación 20°, sensibilidad y motor distal conservado, perfusión distal conservada.

Rx de codo: Fractura cúpula radial consolidada, con osificación radial anterior proximal.

Tac con osificación en región anterior y medial, impresiona sinostosis fibrosea radioulnar proximal.

Juan 24 años, antecedente de luxofractura de cúpula radial derecha, manejo con osteosíntesis hoy con fx consolidada, ama eflexoextensión unional, pero arcada limitación prmsupinación, rx con clinica de sinostosis fibrosea y osificación en radio proximal, tiene molestias en zona de implante, se explica posibilidad de retiro y liberación de adherencias, pero riesgo de persistir y tener más posificiación heterotópica a pesar de prevención y profilaxis farmacológica, decide asumir, por lo cul se programa cirugía.

Se programa retiro de mos en adio proximal + liberación de adherencias y resección osificación heterotopica en adio proximal derecho

HL, TP, TPT.

valoración POR ANESTESIOLOGÍA.

Se solicita det de extracción SOS.

Osteotomos pequeños y medianos.

Mesa de mano, torniquete neumático.

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y

LABORATORIO:

PERSONALES

Paciente **JUAN CARLOS HIGUITA FLOREZ**

Area **CONSULTA EXTERNA**

Ingreso **1772418**

DOCUMENTO / HISTORIA

1001764387

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

Fecha Ingreso **27/01/2026 11:07**

27/01/26 11:58 a. m.

INTERVENCIÓN
TERAPEUTICO

Ap: Niega.

Alergias: Niega.

Qx: Os de codo derecho cúpula radial hace 10 años, jugando fútbol-- Ciudad Bolívar.

Motivo de consulta:

"Me está doliendo el brazo el material "

Refiere cuadro clínico de más de 3 años con dolor en codo derecho, sensibilidad, con limitación para sostener peso o manejar moto, con debilidad, limitación.

Examen físico: Heirda en codo derecho sana, sin dehiscencia, ama en codo 5-130°, flexoextensión, supinación 5|, pronación 20°, sensibilidad y motor distal conservado, perfusión distal conservada.

Rx de codo: Fractura cupula radial consolidada, con osificación radial anterior proximal.

Tac con osificación en egión anterior y meidal, impresiona sinostosis fibroosea radioulnar proximal.

Juan 24 años, antecedente de luxofractura de cúpula radial derecha, manejo con osteosíntesis hoy con fx consolidada, ama eflexoextensión uncional, pero arcada limitación pronosupinación, rx con clinica de sinostosis fibroosea y osificación en radio proximal, tiene molestias en zona de implante, se explica posibilidad de retiro y liberación de adherencias, pero riesgo de persistir y tener más posificación heterotópica a pesar de prevención y profilaxis farmacológica, decide asumir, por lo cul se programa cirugía.

Se programa retiro de mos en adio proximal + liberación de adherencias y resección osificación heterotopica en adio proximal derecho

HL, TP, TPT.

valoración POR ANESTESIOLOGÍA.

Se solicita det de extracción SOS.

Osteotomos pequeños y medianos.

Mesa de mano, torniquete neumático.

Recomendaciones-Información y
educación al paciente

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
S521	FRACTURA DE LA EPIFISIS SUPERIOR DEL RADIO		☒	Presuntivo
M619	CALCIFICACION Y OSIFICACION DEL MUSCULO, NO ESPECIFICADA		☐	Presuntivo
M256	RIGIDEZ ARTICULAR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE		☐	Presuntivo

EXAMENES SOLICITADOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	
TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CUBITO	Juan 24 años, antecedente de luxofractura de cúpula radial derecha, manejo con osteosíntesis hoy con fx consolidada, ama eflexoextensión uncional, pero arcada limitación pronosupinación, rx con clinica de sinostosis fibroosea y osificación en radio proximal, tiene molestias en zona de implante, se explica posibilidad de retiro y liberación de adherencias, pero riesgo de persistir y tener más posificación heterotópica a pesar de prevención y profilaxis farmacológica, decide asumir, por lo cul se programa cirugía. Se programa retiro de mos en adio proximal + liberación de adherencias y resección osificación heterotopica en adio proximal derecho HL, TP, TPT. valoración POR ANESTESIOLOGÍA.
CORRECCION DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL SOD	Se programa retiro de mos en adio proximal + liberación de adherencias y resección osificación heterotopica en adio proximal derecho HL, TP, TPT. valoración POR ANESTESIOLOGÍA.
INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECIFICA SOD	MANIPULACIÓN ARTICULAR CODO DERECHO, PRONOSUPINACIÓN-FLEXOEXTENSIÓN.

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	