

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.003.238.125**

**MERCADO FELIZZOLA**

APELLIDOS  
**LEILA PATRICIA**

NOMBRES  
*Leila Mercado*

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-SEP-2000**

**VALLEDUPAR**  
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** **O+** **F**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**25-SEP-2018 VALLEDUPAR**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Juan Carlos Galindo Vacha*  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1200100-01051281-F-1003238125-20181218 0063732086A 1 51339801

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



NUMERO DE SOLICITUD: 2 5 1 0 2 9 4 2 0 3      FECHA: 2 0 2 5 / 1 0 / 2 9      HORA: 8 : 1 2

**INFORMACION DEL PRESTADOR**

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA      NIT: X      CC: 8 9 0 9 0 5 1 7 7      Numero: \_\_\_\_\_

Codigo: 0 5 0 0 1 0 6 0 8 6 0 1      Direccion: CALLE 92 EE # 67 - 61

Telefono: 098      4447192      Departamento: ANTIOQUIA      0 5      Municipio: MEDELLIN      0 0 1

Entidad a la que se le informa (pagador): COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO      Codigo: EPSS42

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido: MERCADO      2do Apellido: FELIZZOLA      1er Nombre: LEILA      2do Nombre: PATRICIA

Numero de Documento de identificacion: \_\_\_\_\_

Tipo Documento de identificacion: ☐ Registro civil    ☐ Cedula de extranjeria    ☒ Cedula de ciudadania    ☐ Menor sin Identificacion

☐ Tarjeta de identidad    ☐ Pasaporte    ☐ Adulto sin Identificacion    Fecha de nacimiento: 2 0 / 0 9 / 2 0 0 0    Telefono: 3 0 0 3 3 4 4 8 2 8

Direccion de Residencia Habitual: MEDELLIN    Departamento: ANTIOQUIA    0 5    Municipio: MEDELLIN    0 0 1

Telefono Celular: 3 0 0 3 3 4 4 8 2 8    Correo Electronico: NO@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: ☒ Enfermedad General    ☐ Accidente de Trabajo    ☐ Evento Catastrofico    Tipo de servicio Solicitado: ☐ Posterior a la atencion de Urgencias    ☒ Servicios Electivo    Prioridad de la Atencion: ☒ Prioritaria    ☐ No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion: ☐ Consulta Externa    ☐ Urgencias    ☐ Hospitalizacion    Servicio: PROGRAMA ESPECIAL - COOSALUD    Consulta\_Externa: \_\_\_\_\_    Cama: \_\_\_\_\_

Manejo Integral segun Guia de: \_\_\_\_\_

| Codigo CUPS | Cantidad | Descripción                                                                                                        |
|-------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8 7 9 1 1 1 | 1        | TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE 15231337                                                                     |
| 8 9 0 2 7 4 | 1        | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA 15231420                                                    |
| 9 0 2 2 1 0 | 1        | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQU) |
| 9 0 3 4 2 6 | 1        | HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA                                                                               |
| 9 0 4 9 0 2 | 1        | HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES                                                                                   |

| Codigo CUM | Cantidad | Descripción |
|------------|----------|-------------|
|            |          |             |

**Justificación Clínica:** Paciente femenina de 25 años de edad, con antecedente de migraña, residente de belencito corazon, labora como docente de preescolar, convive con su hermana, sobrinos y cuñado, telefono 3003344828, quien consulta por un cuadro clinico de varios meses de evolucion, consistente en hemicraneo izquierdo, tipo pulsatil, de moderada intensidad, nauseas ocasionales, con episodios emeticos, disminucion de la agudeza visual, refiere que en ocasiones dolor la despierta en la noche, no la deja dormir, sensacion de punzadas y zumbidos en hemicraneo izquierdo, refiere que ha sido tratada con propranolol, sumatriptan y pregabalina indicadas por 3 meses sin mejoría, recurrió a automedicarse con ibuprofeno, fencarfen sin mejoría motivo por el cual consulta. al momento paciente en buenas condiciones generales, signos vitales en metas, IMC en rangos de normopeso, al examen fisico sin hallazgos positivos, por lo anterior considero paciente cursando con migraña con bandera roja por lo que considero solicitar Tomografia de craneo simple, solicito consulta por neurologia e indico formula medica, doy recomendaciones y signos de alarma, refiere entender y aceptar.

**Impresion Diagnostica**

Dx Principal: CIE10: G 4 3 3    Descripción: MIGRAÑA COMPLICADA

Dx relacionado1:   

Dx relacionado2:   

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA**

Nombre de que solicita: MANGA PERTUZ ANA CAROLINA    Telefono:    Indicativo:    Numero:    Extension:    Celular:    Telefono: 4447192

Cargo Actividad: MEDICINA GENERAL

*Manga P.*  
R.M. 1193530636  
C.C. 1193530636  
**MANGA PERTUZ ANA**  
LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL LA MARIA] NIT [890905177-9]



E.S.E. HOSPITAL LA MARIA  
890905177-9

Fecha Actual : miércoles, 29 octubre 202

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS  
HC CONSULTA EXTERNA WEB

N° Historia Clínica: 1003238125

N° Folio: 2 Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: LEILA PATRICIA MERCADO FELIZZOLA  
Fecha Nacimiento: 20/septiembre/20 Edad Actual: 25 Años / 1 Meses / 7 Días  
Dirección: MEDELLIN  
Procedencia: MEDELLIN

Identificación: 1003238125 Sexo: Femenino  
Estado Civil: Soltero  
Teléfono: 3003344828  
Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO  
Plan Beneficios: COOSALUD SUBSIDIADO CAPITADO 1er NIVEL

Régimen: Regimen\_Simplificado  
Nivel - Estrato: SUBSIDIADO NIVEL 1 2025

DATOS DEL INGRESO

Responsable:  
Dirección Resp:  
Finalidad Consulta: Deteccion\_temprana\_de\_enfermedad\_general

Teléfono Resp:  
N° Ingreso: 1670324 Fecha: 29/10/2025 7:41:30 a. m.  
Causa Externa: Enfermedad\_general

| LISTADO DE EXÁMENES                        |                                       | AREA SERVICIO: | 73432 | TOMOGRAFIA |  |
|--------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|-------|------------|--|
| CODIGO                                     | DESCRIPCION                           | CANTIDAD       |       | ESTADO     |  |
| 879111                                     | TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE | 1              |       | Rutinario  |  |
| Observaciones: tomografia de craneo simple |                                       | Total Items:   |       | 1          |  |

R.M. 1193530636  
C.C. 1193530636

Profesional ANA CAROLINA MANGA PERTUZ  
Especialidad MEDICINA GENERAL  
R.M. 1193530636