

26 noviembre 2025

DERECHO DE PETICIÓN

Asunto: ASIGNACIÓN Y AGENDAMIENTO DE CITAS CON ESPECIALISTA DE CARACTER PRIORITARIO Y URGENTE.

Señores

E.S.E. HOSPITAL LA MARÍA – MEDELLÍN

Ciudad.

Yo, **Naishy milena Vargas Castaño**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.005.363.440**, afiliado(a) a la EPS **COOSALUD**, por medio del presente escrito presento **DERECHO DE PETICIÓN en la modalidad de solicitud de información y gestión**, en virtud del artículo 23 de la Constitución Política, Ley 1755 de 2015 y normas concordantes, con el fin de solicitar el **agendamiento oportuno de citas prioritarias por especialista**.

1. Soy usuario(a) afiliado(a) a la EPS COOSALUD.
2. La EPS ya autorizó **consulta de primera vez por especialista en Neurología y Cirugía Maxilofacial**, bajo carácter **prioritario**, por sospecha de enfermedad desmielinizante.
3. Desde **inicios del mes de Noviembre del año en curso**, he intentado reiteradamente comunicarme y solicitar asignación de citas en este hospital. La respuesta obtenida diariamente es que *no hay agenda disponible* y que debo seguir llamando, sin que hasta la fecha se me haya permitido agendar valoración médica.
4. Mi condición de salud presenta empeoramiento progresivo, lo cual requiere **valoración y manejo urgente y oportuno**, con el fin de evitar deterioro avanzado y posibles complicaciones neurológicas.

De manera respetuosa solicito:

Se me **asigne y agende de manera prioritaria** como lo indica mi orden medica la consulta con **Neurología** autorizada por COOSALUD.

Se me **asigne y agende de manera prioritaria** la consulta con **Cirugía Maxilofacial** igualmente autorizada.

Se me informe por escrito:

- disponibilidad de agenda, autorizo cualquier horario disponible para las citas
- tiempos estimados de asignación,
- razones por las cuales no se ha permitido programar la atención especializada.
- En mi situación medica actual el tiempo es vital para un adecuado tratamiento y prevenir complicaciones irreversibles

Solicito que la respuesta sea emitida **por escrito dentro de los términos legales** y enviada al correo: vargasmile678@gmail.com

Adjunto historia clínica y orden de cada una de las especialidades

Cordialmente,

Naishy Milena Vargas Castaño

C.C. 1.005.363.440

Celular: 3228506238

Correo electrónico: : vargasmile678@gmail.com

Fecha: 26 / 11 / 2025

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **NAISHY MILENA VARGAS CASTAÑO** Tipo Doc Cédula Ciudadanía **DOCUMENTO 1005363440**
Edad **25 Años / 5 Meses / 3 Días** Sexo **Femenino** Estado Civil **Soltero**
Fecha Nacimiento **28/05/2000** Dirección **Rionegro vereda manpuesto** Teléfono **3228506238**
Cama **Area CONSULTA EXTERNA** Ingreso **1675263** Fecha Ingreso **1/11/2025 7:01:48 a. m.**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad **COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO** Regimen **Subsidiado** Estrato **SUBSIDIADO NIVEL 1 2025**
Nombre Acudiente **Telefono** Parentesco
Nombre Acompañante **Telefono**

FOLIO N° 3

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO **1/11/2025 8:06 a. m.**

MOTIVO DE LA CONSULTA

"vengo presentando perdida de la sensibilidad"

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente femenina de 25 años de edad sin antecedente de importancia, natural de Puerto Araujo Santander, residente en Rionegro – Antioquia vereda Mampuesto, hijos: no, estado civil: soltera, escolaridad: técnico en peluquería, ocupación: independiente, Asiste con acompañante Yulieth Vargas CC 1005363439 Tel: 3228506238. Paciente consulta por cuadro de 2 semanas de evolucion de perdida de la sensibilidad generalizada, dice que en ocasiones se golpea y siente el golpe pero no logra sentir dolor, ademas no siente cuando presenta sangrado menstrual y se da cuenta por la macha a pesar de que usualmente presenta dismenorrea intensa. Previamente habia consultado por dolor mandibular pero ahora siente solo una presión.

Revisión por sistemas:

Síntomas neurológicos: niega
Síntomas respiratorios: niega
Síntomas gastrointestinales: niega
Síntomas urinarios: niega
Síntomas osteomusculares: niega

No refiere tos persistente ni pérdida de peso en los últimos meses, ni haber estado en contacto con alguna persona con TB o COVID

Antecedentes:

Patologicos: niega
Farmacologicos: niega
Quirurgicos: niega
Alergicos: niega
Toxicos: no refiere tabaquismo, sin consumo de licor, no consumo de SPA o medicamentos naturales, niega exposicion a biomasa
G-obstetricos: menarca 13 años, inicio de vida sexual no , G0P0A0C0V0, FUM: 09/10/2025, planificación: no

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	20/10/2025	niega
Quirúrgicos	20/10/2025	niega

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza y Sentidos: Normal
Torax/Cardio/Pulmonar: Normal
Abdomen: Normal
Genito - Urinario: Normal
Músculo - Esquelético: Normal
Neurológico: Normal
Piel y Fanéras: Normal

EXAMEN FISICO

Signos Vitales
TA: 100 / 60 mm Hg TAM: 73 mm Hg FC: 78 x min FR: 19 x min Dolor No Temperatura : °C
Glucometría ☐ mg/dl S02 ☐ % FIO2 ☐ % Perfuslon < 2 seg Estado de Conciencia : Alerta
Peso 71 Kgs Talla 163 Cms IMC: 27,00 PVC: ☐ mmH2O

Estado General:

Estado general: Ingresa caminando por sus propios medios sin apoyos, buenas condiciones generales, afebril, hidratada, alerta
Cabeza: Normocefala, conjuntivas normocrómicas, mucosa oral húmeda, orofaringe normal
Ojos: pupilas isocóricas normoreactivas, escleras anictéricas, conjuntivas rosadas
Cuello: Movil, sin adenopatias, sin ingurgitación yugular, sin soplos carotídeos.
Torax: Normoexpansible, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. ruidos respiratorios conservados sin agregados.
Abdomen: Ruidos intestinales presentes, blando, depresible, sin dolor a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, sin masas ni megalias, puñopercusión negativa
Genitourinario: Genitales normoconfigurados, sin sangrado
Extremidades: Eutróficas, móviles, sin edemas, llenado capilar normal, perfusión distal adecuada
Neurológico: Alerta, orientado en las 3 esferas, entiende y obedece ordenes sencillas, sin desviación de la comisura labial, sin alteración de los nervios craneales, fuerza conservada en las 4 extremidades simétricamente, alteración en la nocicepción dada por parestesia a estímulos nocivos

Cabeza y Sentidos:

Cuello:

E.S.E. HOSPITAL LA MARIA
HISTORIA CLÍNICA
HC CONSULTA EXTERNA WEB

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **NAISHY MILENA VARGAS CASTAÑO**

Cama **Area CONSULTA EXTERNA**

FOLIO N° **3**

Ingreso **1675263**

DOCUMENTO / HISTORIA

1005363440

Fecha Ingreso **01/11/2025 7:01**

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

1/11/25 8:06 a. m.

Cardio-Pulmonar-Vascular:

Abdomen:

Genito - Urinario:

Músculo - Esquelético:

Neurológico:

Piel y Faneras:

ANÁLISIS:

Paciente femenina de 25 años de edad sin antecedente de importancia, quien consulta por cuadro de 2 semanas de evolución de pérdida de la sensibilidad generalizada, dice que en ocasiones se golpea y siente el golpe pero no logra sentir dolor, además no siente cuando presenta sangrado menstrual y se da cuenta por la macha a pesar de que usualmente presenta dismenorrea intensa. Previamente había consultado por dolor mandibular pero ahora siente solo una presión. En el momento con signos vitales normales, con hallazgos de parestesias a los estímulos nocivos. Sospecho paciente con posible ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE por lo que considero solicitar DE FORMA PRIORITARIA VALORACION POR NEUROLOGIA, ADEMÁS DE TAC DE CRANEO SIMPLE, también solicito perfil de Infecciones transmisibles, hemograma y PCR. SE DEBE DESCARTAR DE FORMA URGENTE ESCLEROSIS MULTIPLE U OTRAS ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES. Indico a paciente el empeoramiento de los síntomas CONSULTAR POR URGENCIAS. Comenta insomnio por lo que dejo manejo.

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y

LABORATORIO:

PLAN TERAPÉUTICO:

Recomendaciones-Información y educación al paciente

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
R208	OTRAS ALTERACIONES DE LA SENSIBILIDAD CUTANEA Y LAS NO ESPECIFICADAS		☒	Presuntivo
F510	INSOMNIO NO ORGANICO		☐	Presuntivo

PLAN DE TRATAMIENTO

CANTIDAD	NOMBRE	OBSERVACION
30	(M) PREGABALINA 50 MG CAPSULAS (R)	1 tab cada día
30	PIRIDOXINA 50MG TABLETA	1 tab cada día
30	QUETIAPINA 25 MG TABLETA (R)	1 tab cada noche

EXAMENES SOLICITADOS

NOMBRE

OBSERVACIONES

TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

PRIORITARIA, SOSPECHA DE ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE

VIH CUALITATIVA ANTIGENO ANTIGENO P 24-ANTI HIV1-ANTI HIV2

PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

PROTEINA C REACTIVA PRECISION ALTA AUTOMATIZADO

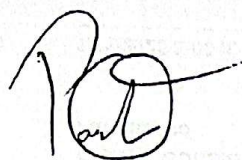
SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

NOMBRE

OBSERVACIONES

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

PRIORITARIA, SOSPECHA DE ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE


RM 1017226607

Profesional: OTALVARO ÁLVAREZ PAOLA ANDREA
R. M.: 1017226607
MEDICINA GENERAL



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

Fecha Actual : sábado, 01 noviembre 20

PLAN DE MANEJO EXTERNO SERVICIOS
HC CONSULTA EXTERNA WEB

N° Historia Clínica: 1005363440

N° Folio: 3 Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NAISHY MILENA VARGAS CASTAÑO
Fecha Nacimiento: 28/mayo/2000 Edad Actual: 25 Años / 5 Meses / 3 Días
Dirección: Rionegro vereda manpuesto
Procedencia: MEDELLIN

Identificación: 1005363440 Sexo: Femenino
Estado Civil: Soltero
Teléfono: 3228506238
Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO
Plan Beneficios: PORTABILIDAD SUBSIDIADO PRIMER NIVEL MEDICO GENERAL, ODONTOLOGIA, NUTRICION, PSICOLOGIA, FISIOTERAPIA, IMAGENES, LABO, ELE

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: 1675263 Fecha: 1/11/2025 7:01:48 a. m.
Causa Externa: Promocion_y_mantenimiento_de_la_salud_intervenciones_individuales

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS NO QX		ÁREA SERVICIO:	7311	CONSULTA EXTERNA	
CODIGO	DESCRIPCION			CANTIDAD	ESTADO
890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA			1	Rutinario

Observaciones: PRIORITARIA, SOSPECHA DE ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE

Total Ítems: 1

PM 1017226607

Profesional PAOLA ANDREA OTALVARO ÁLVAREZ
Especialidad MEDICINA GENERAL
R.M. 1017226607

LOGIA ODONTOGRAMA, PERIODONTOGRAMA Y CONTROL DE PLACAS

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente NAISHY MILENA VARGAS CASTAÑO **DOCUMENTO / HISTORIA** 1005363440
Edad 25 Años / 4 Meses / 21 Día **Sexo** Femenino **Estado Civil** Soltero
Fecha Nacimiento 28/05/2000 **Dirección** Rionegro vereda manpuesto **Teléfono** 3228506238
Cama Área CONSULTA EXTERNA **Ingreso** 1660179 **Fecha Ingreso** 20/10/2025 1:56:55 p. m.

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO **Regimen** Subsidiado **Estrato** SUBSIDIADO NIVEL 1 2025
Nombre Acudiente **Telefono** **Parentesco**
Nombre Acompañante **Telefono**

FOLIO N° 2

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

20 de octubre de 2025

Tipo de Historia: Evolución

Fecha de la Evolucion: 20/10/2025 2:30:00 p. m.

Nota de Evolución

PACIENTE INGRESA A CONSULTA ODONTOLÓGICA, DONDE SE PROCEDE A LA APERTURA DE SU HISTORIA CLÍNICA MÉDICO-ODONTOLÓGICA. SE REALIZA LA ANAMNESIS CORRESPONDIENTE, SEGUIDA DE UN EXAMEN CLÍNICO INTRA Y EXTRAORAL. DURANTE LA EVALUACIÓN DE LA RONDA ESTOMATOLÓGICA, SE EXAMINAN LOS TEJIDOS BLANDOS COMO LABIOS, LENGUA, CARRILLOS, PISO DE BOCA, PALADAR DURO Y BLANDO, ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y OROFARINGE, SIN EVIDENCIAR ALTERACIONES CLÍNICAS APARENTES. SE DILIGENCIA ODONTOGRAMA Y SE ESTABLECEN LOS DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS Y DEFINITIVOS, BASADOS EN LOS SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS OBSERVADOS. A PARTIR DE ESTOS DIAGNÓSTICOS, SE FORMULA UN PLAN DE TRATAMIENTO ADECUADO. PACIENTE REFIERE DOLOR CRÓNICO BILATERAL E N MAXILAR INFERIOR QUE SE IRRADIA HASTA LA OREJA Y LA PARTE FRONTAL, SE EVIDENCIA TANTO CLÍNICA COMO RADIOGRAFIACAMENTE RESTAURACIONES EN BUEN ESTADO, SE REALIZA PRUEBA DE PERCUSIÓN EN MOLARES INFERIORES DANDO COMO RESPUESTA NEGATIVA. SE DECIDE REMIR POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL PARA DESCARTAR POSIBLE NEURALGIA DEL TRIGEMINO.

SE SOCIALIZA CON EL PACIENTE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, SE HACE ENTREGA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO CORRESPONDIENTE AL TRATAMIENTO A REALIZAR ANTES DE INICIAR LA ATENCIÓN CLÍNICA; SE EXPLICAN DETALLADAMENTE LOS POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO, TALES COMO: CAMBIO TEMPORAL DEL COLOR DEL DIENTE, INTOXICACIÓN POR INGESTA EXCESIVA DE FLUOR. EL PACIENTE COMPRENDE LA INFORMACIÓN BRINDADA, ACEPTA EL TRATAMIENTO Y FIRMA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

DIAGNOSTICO DENTAL: SANO

DIAGNOSTICO PERIODONTAL: GINGIVITIS LEVE LOCALIZADA CON PERIODONTO INTACTO

SE REALIZA CONTROL DE PLACA BACTERIANA. SE SUMINISTRA AL PACIENTE GOTAS REVELADORAS, INDICÁNDOLE QUE LAS DISTRIBUYA POR TODAS LAS SUPERFICIES DENTALES CON AYUDA DE SU LENGUA, SEGUIDAMENTE CON EL ESPEJO, SE LE MUESTRAN LAS ZONAS TEÑIDAS, INDICÁNDOLE CUALES SON LAS ÁREAS QUE MAS DEBE REFORZAR AL REALIZAR SU HIGIENE ORAL. EL ÍNDICE DE PLACA BACTERIANA, SEGÚN EL MÉTODO DE O'LEARY, ES DE 10.77%.

SE INSTRUYE A LA PACIENTE EN LA TÉCNICA DE CEPILLADO ADECUADA (TÉCNICA DE BASS MODIFICADA) Y EN EL USO CORRECTO DEL HILO DENTAL; DEMOSTRANDO AMBOS PROCEDIMIENTOS DIRECTAMENTE EN BOCA PARA ASEGURAR SU CORRECTA EJECUCIÓN. A CONTINUACIÓN, SE REALIZA PROFILAXIS DE TODAS LAS SUPERFICIES DENTALES UTILIZANDO CEPILLO ROTATORIO Y PASTA PROFILÁCTICA. UNA VEZ FINALIZADA LA LIMPIEZA, SE PROCEDE CON LA APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR EN BARNIZ. SE SECAN LOS DIENTES CON JERINGA DE AIRE Y SE APLICA BARNIZ DE FLUOR CON UNA CONCENTRACIÓN DE 22,600 PARTES POR MILLON, DISTRIBUYÉNDOLO SOBRE TODAS LAS SUPERFICIES DENTALES CON AYUDA DE UN PINCEL. PARA ASEGURAR UNA COBERTURA COMPLETA, SE UTILIZA HILO DENTAL PARA APLICAR EL BARNIZ EN LAS ÁREAS INTERPROXIMALES.

SE REFORZAN TÉCNICAS EN HIGIENE ORAL; SE LE SUGIERE A LA ACUDIENTE DEL PACIENTE REALIZARE CEPILLADO MINIMAMENTE 3 VECES AL DÍA Y USAR SEDA DENTAL MINIMAMENTE 1 VEZ POR DÍA, USAR CREMA DENTAL CON COMPONENTE DE FLUOR A 1100 PARTES POR MILLON.

PACIENTE CONTROLADA, PROXIMO CONTROL CON ODONTOLOGIA GENERAL EN 12 MESES. PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO.

PACIENTE ATENDIO CON INSTRUMENTAL ESTERIL:

BASICO LOTE 171020250101

ATENDIO: MANUELA GARCIA VILLEGAS, ODONTOLOGA GENERAL

REGISTRO: 1214736203

Paciente Presenta: Alergias: No Anticagulado: No Diabético: No Hemofílico: No Asmático: No

Cardiopatías: No Embarazo: No Hipertenso: No Otra Enfermedad: NIEGA

Toma algun medicamento: NIEGA

Motivo de la Consulta

" TENGO MUCHO DOLOR EN AMBOS LADOS DE LA MANDIBULA Y EL DOLOR ME SUBE HASTA LA CABEZA"

Escala del dolor: /10 Evolucion del dolor:

Diagnostico y plan de manejo

EXAMEN CLINICO

EDUCACION Y MOTIVACION EN TECNICAS DE HIGIENE ORAL

CONTROL DE PLACA Y PROFILAXIS

REMISION PARA VALORACION Y MANEJO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL.

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha de Impresión: 20/10/2025 14:37

Usuario: 1214736203

Profesional: GARCIA VILLEGAS MANUELA

Registro profesional: 1214736203

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

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

LOGIA ODONTOGRAMA, PERIODONTOGRAMA Y CONTROL DE PLACAS

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **NAISHY MILENA VARGAS CASTAÑO**

Cama
FOLIO N° 2

Area CONSULTA EXTERNA

Ingreso 1660179

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

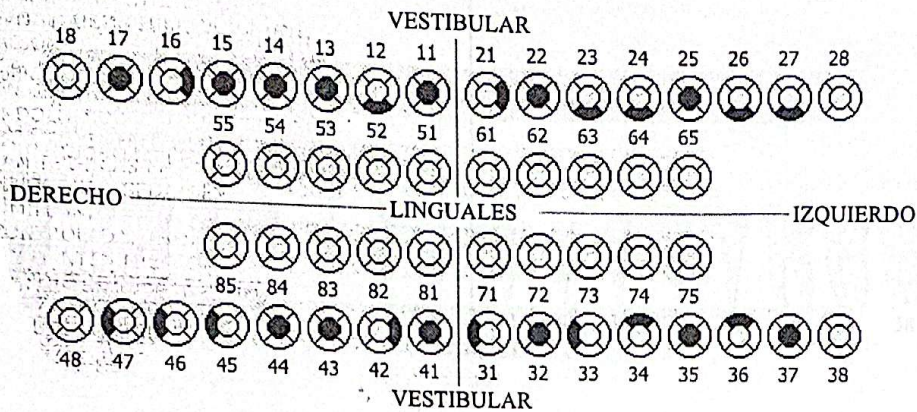
DOCUMENTO / HISTORIA

1005363440

Fecha Ingreso 20/10/2025 13:56

20 de octubre de 2025

CONTROL DE BIOPELICULA



ÍNDICE ANTERIOR

FECHA:

VALOR:

OBSERVACIÓN:

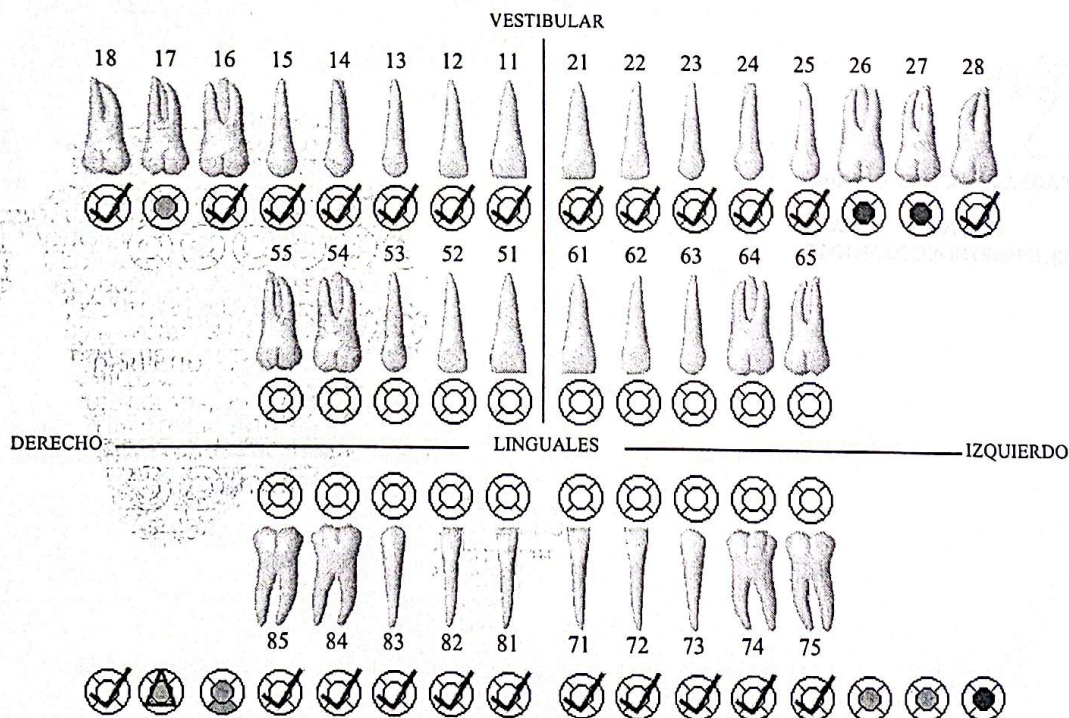
ÍNDICE ACTUAL

FECHA: 20/10/2025 01:58 p. m.

VALOR 10,77%

OBSERVACIÓN:

ODONTOGRAMA



Nombre reporte : HCRPHistoBase

Profesional: GARCÍA VILLEGAS MANUELA

Fecha de Impresión: 20/10/2025 14:37

Registro profesional: 1214736203

Usuario: 1214736203

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

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

LOGIA ODONTOGRAMA, PERIODONTOGRAMA Y CONTROL DE PLACAS

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **NAISHY MILENA VARGAS CASTAÑO**

Cama **Area CONSULTA EXTERNA**

FOLIO N° 2

Ingreso 1660179

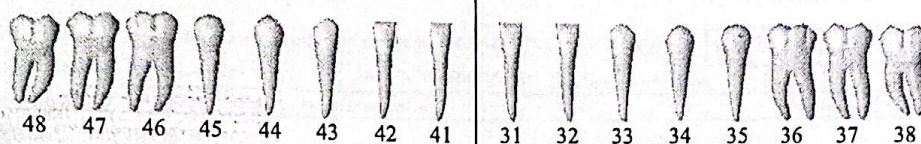
FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

DOCUMENTO / HISTORIA

1005363440

Fecha Ingreso 20/10/2025 13:56

20 de octubre de 2025



VESTIBULAR

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10

CODIGO	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
Z012	EXÁMEN ODONTOLÓGICO		☐	Presuntivo
K051	GINGIVITIS CRÓNICA		☒	Presuntivo
G500	NEURALGIA DEL TRÍGEMINO		☐	Presuntivo

Profesional **GARCÍA VILLEGAS MANUELA**

R. M. : 1214736203

ODONTOLOGIA INTEGRAL (20)

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Profesional: GARCÍA VILLEGAS MANUELA

Fecha de Impresión: 20/10/2025 14:37

Registro profesional: 1214736203

Usuario: 1214736203

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



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



NUMERO DE SOLICITUD: 2 5 1 0 2 0 1 1 1 4 FECHA: 2 0 2 5 / 1 0 / 2 0 HORA: 1 4 : 3 7

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA NIT: X 8 9 0 9 0 5 1 7 7 CC: CC 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	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
VARGAS	CASTAÑO	NAISHY	MILENA

Indicativo: Telefono: Tipo Documento de identificacion: Numero de Documento de identificacion:

☐ Registro civil ☐ Cedula de extranjeria ☒ Cedula de ciudadania ☐ Menor sin identificacion

☐ Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte ☐ Adulto sin Identificacio Fecha de nacimiento: 2 8 / 0 5 / 2 0 0 0

Direccion de Residencia Habitual: Rionegro vereda menpueste Telefono: 3 2 2 8 5 0 6 2 3 8

Departamento: ANTIOQUIA 0 5 Municipio: MEDELLIN 0 0 1

Telefono Celular: 3 2 2 8 5 0 6 2 3 8 Correo Electronico: X@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 ☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente de Transito

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

Manejo Integral segun Guia de: Consulta Externa Cama

Codigo CUPS Cantidad Descripción

8 9 0 2 3 6	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL
-------------	---	--

Medicamentos

Codigo CUM	Cantidad	Descripción

Justificación Clínica: PACIENTE QUE CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR FACIAL DE MODERADA Y SEVERA INTENSIDAD Y SE LE MANIFIESTA AL MASTICAR LOS ALIMENTOS, CEPILLARSE LOS DIENTES O AL HABLAR, MANIFIESTA QUE LOS EPISODIOS DOLOROSOS EMPEZARON HACER APROXIMADAMENTE 2 MESES Y QUE HAN IDO AUMENTANDO EN FRECUENCIA E INTENSIDAD, SE REMITE PARA VALORACION Y MANEJO POR CIRUGIA MAXILOFACIAL.

Impresion Diagnostica CIE10 Descripción

Dx Principal	K 0 5 1	GINGIVITIS CRONICA
Dx relacionado1	Z 0 1 2	EXAMEN ODONTOLOGICO
Dx relacionado2	G 5 0 0	NEURALGIA DEL TRIGEMINO

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita: GARCIA VILLEGAS MANUELA Telefono: Indicativo: Numero: Extension:

Cargo Actividad: ODONTOLOGIA INTEGRAL (20) Celular: Telefono: 4447192

GARCIA VILLEGAS MANUELA

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.005.363.440**

VARGAS CASTAÑO

APELLIDOS

NAISHY MILENA

NOMBRES

Naishy Vargas
FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAY-2000**

CIMITARRA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

.1.63 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

13-JUL-2018 CIMITARRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-2704500-01030988-F-1005363440-20180810 0062258623A 1 50659315

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL