	REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD				
	NUMERO INFORME: W93 159267	Fecha: Ene.23/2023	Hora: 15:24		

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	FUNDACION CLINICA NOEL		
Código:	050010581602	Nit:	890.901.825-5
Dirección:	CL 14 # 43B - 146		
Teléfono:	6042156	Fax:	6040949
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05
Municipio:	MEDELLIN	Código:	001
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE	Código:	ESS024

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	MENDOZA	2do. Apellido:	SOTELO
1er Nombre:	LUISA	2do. Nombre:	FERNANDA
Tipo de Documento:	CEDULA	No. Documento:	1.038.128.183
Fecha de Nacimiento:	Mar.15/1995	Edad:	27 Años
Dirección Residencia:	CALLE 8 CRA 13-14	Sexo:	FEMENINO
Departamento:	ANTIOQUIA	Teléfono:	3137008502
Municipio:	MEDELLIN	Código:	05
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-2	Código:	1

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL	Tipo de Servicios solicitados:	SERVICIOS ELECTIVOS
Prioridad de la atención:	PRIORITARIA	Servicio:	OTORRINOLARINGOLOGIA
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	CONSULTA EXTERNA	Cama:	
Manejo Integral Según Guía:			

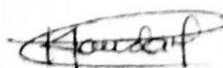
Seq	Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
1	890282	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Servicios Solicitados/Justificación Clínica:	PACIENTE QUE ENVIA RESULTADOS DE EXAMENES ASTO EN BORDE DE NORMALIDAD 200 U/ML, ENVIA ADEMAS RESULTADOS DE TIROGLOBULINA 445.5 NG/ML ANTICUERPOS ANTIGLIBULINA 16.42 U/ML TSH 17.35 T4L 0.61 EN VISTA DE RESULTADOS SE DECIDE CONTINUAR CON MANEJO PARA PATOLOGIA TIROIDEA Y EN VISTA DE ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES POR PATOLOGIA TIROIDEA NO CONTROLADA REMITO A TERCER NIVEL PARA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS TURBINOPLASTIA + TIMPANOSTOMIA CON TUBOS DE VENTILACION. AMIGDALECTOMIA QUEDA PENDIENTE YA QUE SE INDICA INMUNOESTIMULADOR PARA EVITAR INFECCIONES RECURRENTES.		
	REMITO A ORL EN TERCER NIVEL DE ATENCION		
Diagnostico principal:	AMIGDALITIS CRONICA	Código CIE10:	J350
Diagnostico relacionado 1:	** NO PRESENTA **	Código CIE10:	
Diagnostico relacionado 2:	** NO PRESENTA **	Código CIE10:	

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	MORALES CASTAÑEDA KELLY PAMELA	Teléfono:	6042156
Registro Medico:	1126253855	Teléfono Celular:	
Cargo o Actividad:	OTORRINOLARINGOLOGO		

Firma



ANEXO TECNICO No. 9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



Código: _____
Versión: _____
NUMERO INFORME: Z01 251
Fecha: Ene.23/2023
Hora: 15:24

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social: FUNDACION CLINICA NOEL
Código: 050010581602 Nit: 890.901.825-5
Dirección: CL 14 # 43B - 146
Teléfono: 6042156 Fax: 6040949
Departamento: ANTIOQUIA Código: 05
Municipio: MEDELLIN Código: 001

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido: MENDOZA 2do. Apellido: SOTELO
1er Nombre: LUISA 2do. Nombre: FERNANDA
Tipo de Documento: CEDULA No. Documento: 1.038.128.183
Fecha de Nacimiento: Mar.15/1995 Edad: 27 Años Sexo: FEMENINO
Dirección Residencia: CALLE 8 CRA 13-14 Teléfono: 3137008502
Departamento: ANTIOQUIA Código: 05
Municipio: MEDELLIN Código: 1
Cobertura en Salud: SUBSIDIADO-2
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE Código: ESS024

III. DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

1er Apellido: MENDOZA 2do. Apellido: SOTELO
1er Nombre: LUISA 2do. Nombre: FERNANDA
Tipo de Documento: CEDULA No. Documento: CC 1.038.128.183
Dirección Residencia: CAUCASIA Teléfono: 3137008502
Departamento: ANTIOQUIA Código: 05
Municipio: CAUCASIA Código: 154

IV. PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre: MORALES CASTAÑEDA KELLY PAMELA Teléfono: 6042156
Teléfono Celular: _____
Servicio que solicita la referencia: OTORRINOLARINGOLOGIA
Servicio para el cual se solicita la referencia: OTORRINOLARINGOLOGIA

V. INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Resumen de Anamnesis: PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD QUIEN ES REMITIDA POR PRESENTAR PRESENCIA DE CASEUN A REPETICION CON HALITOSIS ASOCIADAS, PRURITO FARINGEO. REFIERE HIPERSENSIBILIDAD AUDITIVA CON TINNITUS INTERMITENTE, NORMOACUSIA, PLENITUD AURAL. ECOLALIA.

AP: CA DE TIROIDES EN ESPERA DE TIROIDECTOMIA
NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS

CAE LIBRE MT INDEMNES MUCOSA NASAL CONGESTIVA CON HTIB CRESTA BASAL PROMINENTE SIN LEISIONES AMIGDALAS GRADO I

PACIENTE CON FARINGITIS CO PREENCIA DE TONSILOLITOS RINITIS ASI COMO DISFUNCION TUBARICA. SOLCITO ASTO CUANTITATIVA NASOLARINGOSCOPIA Y AUDIOLIGICOS. COONTROL CON RESULTADOS////

PACIENTE QUE ACUDE A CONTROL CON REUSLTADOS ASTO (NO TIENE RESULTADO) DESVIACION SEPTAL HIPERTROFIA CORNETES, DISFUNCION TUBARICA DERECHA ERITEMA FARINGOLARINGEO GENERALIZADO LARINGITIS POSTERIOR POR RGE. AUDIOMETRIA CON HIPOACUSIA CONDUCTIVA LEVE BILATERALPTA OD 31.25 DB OI 36.25 DB LOGO AUDIOMETRIA DISC 100% A 50 DB BILATETAL IMPEDANCIOMETRIA ONDAS TIPO B BILATERALE REP AUSENTES.

EXPLICO CASO PACIENTE AMERITA REALIZACION DE TURBINOPLASTIA Y TIMPANOSTOMIA CON TUBOS DE VENTILACION EN VIDSTA DE AFCTACION AUDITIVA. QUEDA PENDIENTE ASTO PARA DECIDIER MANEJO DE AMIGDALAS. SE XPLICA CASO ENVIARA RESULTADO VIA CORREO PARA SOLCITUD DE PROCEDIMIENTOS. INDICO TRATAMIENTO CON PIDOTIMOD + TTO NASAL.

////

PACIENTE QUE ENVIA RESULTADOS DE EXAMENES ASTO EN BORDE DE NORMALIDAD 200 UVM/L ENVIA ADEMAS RESULTADOS DE TIROGLOBULINA 445.5 NG/ML ANTICUERPOS ANTIGLIBULINA 16.42 UVM/L TSH 17.35 T4L 0.81

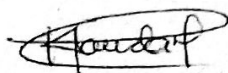
EN VISTA DE RESULTADOS SE DECIDE CONTINUAR CON MANEJO PARA PATOLOGIA TIROIDEA Y EN VISTA DE ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES POR PATOLOGIA TIROIDEA NO CONTROLADA REMITO A TERCER NIVEL PARA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS TURBINOPLASTIA + TIMPANOSTOMIA CON TUBOS DE VENTILACION.

AMIGDALECTOMIA QUEDA PENDIENTE YA QUE SE INDICA INMUNOESTIMULADOR PARA EVITAR INFECCIONES RECURRENTES.

REMITO A ORL EN TERCER NIVEL DE ATENCION

VI.FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma



Registro Medico

1126253855