

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
ESE HOSPITAL FRANCISCO VALDERRAMA
ANEXO 3

NUMERO INFORME 4 9 7 9 9 9 Fecha: 2 0 2 4 - 0 7 - 1 7 Hora: 1 0 : 4 8

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E. HOSP. FRANCISCO VALDERRAMA Nit X 8 9 0 9 8 1 1 3 7 - 8
Número DV

Código 0 5 8 3 7 0 2 2 8 7 0 1 Dirección prestador
Télefono: indicativo número Departamento: Antioquia 0 5 Municipio: TURBO 8 3 7

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A CODIGO: E S S 0 2 4
DATOS DEL USUARIO (como aparece en la base de datos)

MARMOL MARTINEZ JUAN CAMILO
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de identificación
☐ Registro civil ☐ Pasaporte 1 0 4 0 4 9 7 6 7 9
☒ Tarjeta de identificación ☐ Adulto sin identificación Número documento de identificación
☐ Cédula de ciudadanía ☐ Menor sin identificación
☐ Cédula de extranjería

Fecha de Nacimiento: 2 0 0 6 - 0 9 - 2 7

Dirección de Residencia Habitual: EL BAGRE

Departamento: Antioquia 0 5 Municipio: EL BAGRE 2 5 0

Teléfono celular: 3 0 1 1 1 0 5 2 6 2 Correo electrónico:

Cobertura en salud
☐ Regimen contributivo ☐ Regimen subsidiado - parcial ☐ Población pobre no Asegurada sin SISBEN ☐ Plan adicional de salud
☒ Regimen subsidiado - total ☐ Población pobre no Asegurada con SISBEN ☐ Desplazado ☐ Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención Tipo de servicios solicitados Prioridad de la atención
☐ Enfermedad general ☐ Accidente de trabajo ☐ Evento catastrófico ☐ Posterior a la atención inicial de urgencias ☐ Prioritaria
☐ Enfermedad profesional ☐ Accidente de tránsito ☐ Servicios electivos ☒ No prioritaria

Ubicación del pacienteal momento de la solicitud de autorización
☒ Consulta externa ☐ Hospitalización Servicio: PEDIATRIA Cama:
☐ Urgencias

Manejo integral según guía de: Especialidad Solicitada: PEDIATRIA

Código CUPS	Cantidad	Descripción
1 8 9 0 2 5 4	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGIA
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Justificación clínica: PACIENTE MASCULINO DE 17 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA .
HOSPITALIZADO EN CONTEXTO DE ESTAFILOCOCEMIA CON MÚLTIPLES FOCOS DE INFECCIÓN. HOY EN SU DIA 16 DE
ANTIBIÓTICO EFECTIVO, PRIMEROS 10 DÍAS CON VANCOMICINA PERO POR ESCASEZ DE ESTE ANTIBIÓTICO SE REALIZA
CAMBIO A CEFALOTINA EL DIA 11.07.24 (DIA 7 CON CEFALOTINA). EL 09.07.24 LE REALIZARON DRENAJE DE
COLECCIÓN EN CARA INTERNA DE MUSLO IZQUIERDO POR PARTE DE CIRUGIA GENERAL, EN CULTIVO DE LA MUESTRA
SE AISLO Staphylococcus aureus 96.0 % . NO HA PRESENTADO NUEVOS ABSCESOS. ACTUALMENTE PACIENTE REFIERE

Impresión diagnóstica: Código CIE10 Descripción
Diagnóstico principal A 4 9 0 INFECCION ESTAFILOCOCCICA SIN OTRA ESPECIFICACIÓN
Diagnóstico relacionado 1
Diagnóstico relacionado 2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta JAVIER FRANCISCO PADILLA BOLAÑO Teléfono
Registro medico 73109900 indicativo número extensión
Cargo o actividad: PEDIATRIA Teléfono celular: