



ANEXO TÉCNICO No. 3  
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

2 3 0 5 1 5 0 7 5 4

FECHA:

2 0 2 3 / 0 5 / 1 5

HORA:

7 : 3 8

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA

NIT  
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

Indicativo

Telefono

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

URIBE

MIGUEL

ANGEL

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

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

3 6 6 7 1 2 3

☐ Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte

☐ Adulto sin Identificacio

Fecha de nacimiento:

2 7 / 0 1 / 1 9 4 9

Direccion de Residencia Habitual: 7 DE AGOSTO

Telefono:

3 1 9 3 9 2 6 7 7 5

Departamento: ANTIOQUIA

0 5

Municipio: SEGOVIA

7 3 6

Telefono Celular: 3 1 9 3 9 2 6 7 7 5 Correo Electronico YESENIAAGUINAGA27@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

☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente de Transito

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                                                                                                        |
|-------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8 9 0 3 6 6 | 1        | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA                                          |
| 8 8 2 3 1 8 | 1        | ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR                                                             |
| 9 0 2 2 1 0 | 1        | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUE |
| 9 0 3 8 4 1 | 1        | GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA                                                                   |
| 9 0 3 8 1 5 | 1        | COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD                                                                                        |
| 9 0 3 8 1 8 | 1        | COLESTEROL TOTAL                                                                                                   |
| 9 0 3 8 6 8 | 1        | TRIGLICERIDOS                                                                                                      |
| 9 0 3 8 9 5 | 1        | CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS                                                                                |

Justificación Clínica: Pete con obesidad grado I IMC 32 lta esencial con poca adherencia terapeutica,ingresa sin laboratorios a consulta,tiene app de tvp y manifiesta leve molestia en extremiades inferiores,se indica doppler venoso de mifis y se evaluará en 3 meses.

Impresion Diagnostica

CIE10

Descripcion

Dx Principal

E 6 6 0

OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS

Dx relacionado1

I 1 0 X

HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Dx relacionado2

I 8 2 9

EMBOLIA Y TROMBOSIS DE VENA NO ESPECIFICADA

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita FERNANDEZ JOHNSON RAUL JOSE

Telefono

Cargo Actividad MEDICINA INTERNA

Indicativo

Numero

Extension

Celular

Telefono: 4447192

Dr. RAUL J. FERNANDEZ J.  
Medico Internista

FERNANDEZ JOHNSON RAUL JOSE

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



TRÁMITE INTERNO

FECHA:

15-5-23

FIRMA:

## HC CONSULTA EXTERNA INDICACIONES MEDICAS

NIT 890.905.177-9

### DATOS PERSONALES

**Nombre Paciente** MIGUEL ANGEL URIBE  
**Edad Actual** 74 Años / 3 Meses / 16 Días  
**Dirección** 7 DE AGOSTO  
**Procedencia** SEGOVIA

**Identificación** 3667123  
**Sexo** Masculino  
**Teléfono** 3193926775 3108457527

### DATOS DEL INGRESO

**Ingreso N°** 774323

**Fecha** 15/05/2023 06:59  
**Area:** 7311 - CONSULTA EXTERNA  
**Cama**

**Entidad Responsable** COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO  
**Nivel - Estrato** SUBSIDIADO NIVEL 1 2023

**Acudiente** ADRIANA MORALES HIJA  
**Dirección**

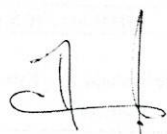
**Enfermedad\_General\_y\_Maternidad**  
**Parentesco**  
**Telefono**

**Folio N°** 2  
**Fecha Folio** 15/05/2023 07:38

**Folio Asociado**  
**Causa externa** Enfermedad\_General

### INDICACIÓN

**Tipo Indicación:** Salida\_Consulta\_Externa  
**Detalle:** cita 3 meses



C.C. 85.420.4118  
Dr. RAUL J. FERNANDEZ J.  
Medico internista

**Profesional:** RAUL JOSE FERNANDEZ JOHNSON  
**R.M:** 92-2001  
**MEDICINA INTERNA**



Trabajamos con amor por la vida desde 1923

**DATOS PERSONALES**

Nombre Paciente **MIGUEL ANGEL URIBE**

Edad 74 Años / 3 Meses / 16 Día Sexo Masculino

Fecha Nacimiento 27/01/1949 Dirección 7 DE AGOSTO

Cama Area CONSULTA EXTERNA Ingreso 774323

DOCUMENTO / HISTORIA

3667123

Estado Civil Soltero

Teléfono 3193926775 3108457527

Fecha Ingreso 15/05/2023 6:59:05 a. m.

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO

Regimen Subsidiado

Estrato SUBSIDIADO NIVEL 1 2023

Nombre Acudiente ADRIANA MORALES HIJA

Teléfono

Parentesco

Nombre Acompañante

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

15/05/2023 7:38 a. m.

FOLIO N° 2

**MOTIVO DE LA CONSULTA**

**REVISIÓN DE ESPECIALISTA**

**ENFERMEDAD ACTUAL**

APP PROCEDENTE DE SEGOVIA(ANTIOQUIA) OFICIO:JORNALERO.CIRUGIA :COLECISTECTOMIA.INEGA ALERGIAS.AFIRMA HTA ESENCIAL DLP  
SEDENTARIO.TVP DERECHA EN EL 2.010 ACO CON CUMARINICOS  
MEDICACIÓN:ASA 100 MG X 1 HCTZ 25 MG X 1 NIFEDIPINO 30 MG X 1 LOSARTAN 50 MG X 2 ATORVASTATINA 20 MG X 1 ESOMERAZOL 40 MG X 1  
NIEGA DOLOR TORACO O EQUIVALENTE ANGINOSO.NIEGA EDEMA PERFIERICOS.

**ANTECEDENTES**

| TIPO    | FECHA      | OBSERVACIONES       |
|---------|------------|---------------------|
| Médicos | 15/05/2023 | TVP 2.013 HTA OBESO |

**REVISION POR SISTEMAS**

Cabeza y Sentidos :

Torax/Cardio/Pulmonar :

Abdomen :

Genito - Urinario :

Músculo - Esquelético :

Neurológico :

Piel y Faneras :

**EXAMEN FISICO**

Signos Vitales

TA : / mm Hg TAM : mm Hg FC : x min FR : x min Dolor No Temperatura : 0.0 °C  
Glucometría ☐ mg/dl S02 ☐ % FIO2 ☐ % Perfusion < 2 seg Estado de Conciencia : Alerta  
Peso 90 Kgs Talla 167 Cms IMC : 32.27 PVC : ☐ mmH2O

Estado General :

OBESO

Cabeza y Sentidos :

MOE PRESERVADO

Cuello :

NO MASAS

Cardio-Pulmonar-Vascular :

RSCSPS NORMALES

Abdomen :

PANICULO ADIPOSEO PROMINENTE

Genito - Urinario :

CN

Músculo - Esquelético :

CN

Neurológico :

NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN MOTORA

Piel y Faneras :

CN

ANALISIS :

Pcte con obesidad grado I IMC 32 hta esencial con poca adherencia terapeutica,ingresa sin laboratorios a consulta,tiene app de tvp y manifiesta leve molestia en extremiades inferiores,se indica doppler venoso de mifis y se evaluará en 3 meses.

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y LABORATORIO :

PLAN TERAPEUTICO :

Pcte con obesidad grado I IMC 32 hta esencial con poca adherencia terapeutica,ingresa sin laboratorios a consulta,tiene app de tvp y manifiesta leve molestia en extremiades inferiores,se indica doppler venoso de mifis y se evaluará en 3 meses.

Recomendaciones-Informacion y

educacion al paciente

**IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10**

| COD  | NOMBRE                                      | OBSERVACIONES | PRINCIPAL                           | TIPO       |
|------|---------------------------------------------|---------------|-------------------------------------|------------|
| E660 | OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS        |               | <input checked="" type="checkbox"/> | Definitivo |
| I10X | HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)            |               | <input type="checkbox"/>            | Definitivo |
| I829 | EMBOLIA Y TROMBOSIS DE VENA NO ESPECIFICADA |               | <input type="checkbox"/>            | Presuntivo |

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

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

**DATOS PERSONALES**

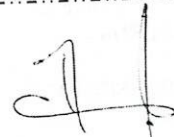
**Nombre Paciente** MIGUEL ANGEL URIBE  
**Cama**  
**FOLIO N°** 2  
**Area** CONSULTA EXTERNA

**Ingreso** 774323  
**FECHA GRABACIÓN DE FOLIO**

**DOCUMENTO / HISTORIA**

**3667123**

**Fecha Ingreso** 15/05/2023 6:59  
**15/05/23 7:38 a. m.**



 C.C. 05.189.419  
Dr. RAUL J. FERNANDEZ J.  
Médico Internista

**Profesional:** FERNANDEZ JOHNSON RAUL JOSE  
**R. M.:** 92-2001  
**MEDICINA INTERNA**



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.667.123**

**URIBE**

APELLIDOS

**MIGUEL ANGEL**

NOMBRES

*Miguel Angel Uribe*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-ENE-1949**

**YALI**  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.69**

ESTATURA

**B+**

G.S. RH

**M**

SEXO

**08-SEP-1972 YOLOMBO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0125900-00214435-M-0003667123-20100213

0020864405A 1

5020247723