



HOSPITAL
LA MARÍA
MEDELLÍN

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Solicitud de autorización de servicios de salud
Anexo Técnico 3

Número de Solicitud:		Fecha: 25 / 07 / 23		Hora: 10:22	
INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)				NIT	X 890.905.177-9
Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL LA MARÍA"				C.C.	Número
Código: 0500106086 01				Dirección Prestador: Calle 92 EE # 67 - 61	
Teléfono	4	2677511	Departamento	05	Municipio
indicativo	Número	ANTIOQUIA		MEDELLÍN	001
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)				CÓDIGO	
DATOS DEL PACIENTE					
Sánchez		Córdoba		Yrreola	
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre	
2do. Nombre		Andrea			
Tipo Documento de Identificación		Registro: Civil		Pasaporte	
1077451366		Tarjeta de Identidad		Adulto sin Identificación	
Cédula de Ciudadanía		Menor sin Identificación		Número Documento de Identificación	
Cédula de Extranjería				Fecha de Nacimiento	
Dirección de Residencia Habitual:				Teléfono:	
Departamento: ANTIOQUIA		Municipio:		Teléfono Celular:	
Correo Electrónico:					
COBERTURA EN SALUD					
Régimen Contributivo		Régimen Subsidiado: Parcial		Población pobre No asegurada sin SISBEN	
Régimen Subsidiado - Total		Población pobre No asegurada con SISBEN		Desplazado	
				Plan adicional de Salud	
				Otro	
INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS					
Origen de la Atención			Tipo de Servicio Solicitados		Prioridad de la Atención
Enfermedad General			Accidente de Trabajo		Evento Catastrófico
Enfermedad Profesional			Accidente de Tránsito		Posterior a la atención inicial de urgencias
			Servicios Electivos		Prioritaria
					No Prioritaria
Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización					
Consulta Externa		Hospitalización		Servicio: Ginecología	
Urgencias				Cama:	
Manejo integral según Guía de:					
Código CUPS		Cantidad		Descripción	
1 890273		01		Consulta primera vez por neurología	
2 890344		01		Consulta por endocrinología	
3 890342		01		Consulta por dermatología	
4 8904105		01		Hormona solicitada	
5 904102		01		Hormona luteinizante	
6 904503		01		Estradiol	
7 890441		01		Consulta por coloproctología	
Justificación Clínica:					
Paciente de 31 años con dx de microadenoma hipofisiario, hiperprolactinemia, ovario de aspecto poliquístico, anemia secundaria, vaginitis bacteriana. Se solicita perfil hormonal por ginecología y valoración por endocrinología, neurología, dermatología, coloproctología. Rectosigmoidoscopia en estudio.					
Impresión Diagnóstica		Código CIE 10		Descripción	
Diagnóstico Principal		N935		HVA	
Diagnóstico Relacionado 1					
Diagnóstico Relacionado 2					
INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA					
Nombre de quien solicita:		Indicativo		Número	
Cargo o Actividad:		Teléfono:		Teléfono Celular:	
Registro:					

MPS-SAS V5.0 2008-07-11
EX-SIS 412A

EVOLUCIÓN MÉDICA

Historia No. cc 1077451366

Sanchez
Primer apellido

Córdoba
Segundo apellido

Yirleta
Nombres

Ginecología
Servicio

Cama

ORDENAMIENTO

- Especialidad
- Información dada por el paciente
- Signos Vitales
- Examen físico
- Diagnóstico(s) principal y secundarios de trabajo y análisis
- Exámenes de laboratorio
- Plan de manejo
- Justificación de hospitalización (si aplica)
- Firma y sello del médico responsable

FECHA				DETALLE
DIA	MES	AÑO	HORA	
25	07	23	10:20	61.
				Paciente de 37 Años
				cuo x Pm de Ovulación
				aspecto polizadora, Fum:
				ciclo irregular, hace 2 Años no
				hace 7 de regularidad,
				aduce mucho peso facial, gase
				acumula peso: faja carbajona
				x hipertensión en Hc con
				partes x elter. Control en abril
				18/2021 92 (Anx alta), etabs
				en H, termino el Hx 29 años
				Ronda sin Hx, Pm, Ginecología
				hipoparición, aduce nubes con H
				Mucosa Dorada, Cópula Hx de Hx
				atlg. del 02/05/2023 Pm

Cygnus Bactera sin H de Hc

EX-SIS 409

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Solicitud de autorización de servicios de salud
Anexo Técnico 3.

Número de Solicitud: _____ Fecha: 25 / 07 / 23 Hora: 10:22
NIT: X 890.905.177-9
INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante) C.C. _____ Número _____ DV _____
Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL LA MARÍA" C.C. _____
Código: 0500106086 01 Dirección Prestador: Calle 92 EE # 67 - 61 Municipio: _____
Teléfono: 4 2677511 Departamento: 05 MEDELLÍN CÓDIGO: 001
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)

DATOS DEL PACIENTE
1er. Apellido: Jander 2do. Apellido: Córdoba 1er. Nombre: Yuleya 2do. Nombre: Andrea
Tipo Documento de Identificación: Registro: Civil Pasaporte Número Documento de Identificación: _____
Tarjeta de Identidad: Adulto sin identificación Fecha de Nacimiento: 7 / 1
Cédula de Ciudadanía: X Menor sin identificación
Cédula de Extranjería: _____ Teléfono: _____

Dirección de Residencia Habitual: _____
Departamento: ANTIOQUIA Municipio: Medellín Teléfono Celular: _____
Correo Electrónico: _____

COBERTURA EN SALUD
Régimen Contributivo: Régimen Subsidiado - Parcial Población pobre No asegurada sin SISBEN Plan adicional de Salud
Régimen Subsidiado - Total: X Población pobre No asegurada con SISBEN Desplazado Otro: _____

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS
Origen de la Atención: Tipo de Servicio Solicitados: Prioridad de la Atención: _____
Enfermedad General: X Accidente de Trabajo Evento Catastrófico Posterior a la atención inicial de urgencias: Prioritaria: X
Enfermedad Profesional: Accidente de Tránsito Servicios Electivos: X No Prioritaria: _____

Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización
Consulta Externa: X Hospitalización: Servicio: Ginecología Cama: _____
Urgencias: _____

Manejo integral según Guía de: Descripción:
Código CUPS Cantidad
1 904101 01 *atx Ginecología de Control*
2 904108 01 *Prilactina bari*
3 904809 01 *Dehidroepiandrosterona sulfato*
4 904510 01 *Progesterona*
5 903841 01 *Glucosa en ayunar*
6 904902 01 *Hamaca estimulante del tirador*
7 _____

Justificación Clínica: *paciente en rx de ovarios de*
aprox poliquística, amenorrea 2da
prilactina 500mg, plus papel hemorral
atx Ginecología

Impresión Diagnóstica Código CIE 10 Descripción
Diagnóstico Principal: N93.9 HUA
Diagnóstico Relacionado 1: _____
Diagnóstico Relacionado 2: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA
Nombre de quien solicita: _____ Indicativo: _____ Número: _____ Extensión: _____
Cargo o Actividad: _____ Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____
Registro: _____

Coloproctología
A-0021530698

Endocrinología
A-0021530793

Hospital Pablo Tobón
tel. 3604788

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Solicitud de autorización de servicios de salud
Anexo Técnico 3

Fecha:	25 / 07 / 23	Hora:	10:22
Solicitante)	NIT	X	890.905.177-9
ADÓ "HOSPITAL LA MARIA" C.C.		Número	DV
Estado: Calle 92 EE # 67 - 61			
Departamento	05	Municipio	001
ANTIOQUIA		MEDELLÍN	
ADOR)		CÓDIGO	

DATOS DEL PACIENTE

Condo	Yveta	Andrea
2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre
Registro Civil	Pasaporte	
tarjeta de Identidad	Adulto sin Identificación	Número Documento de Identificación
Cédula de Ciudadanía	X Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento
Cédula de Extranjería		/ /

Dirección de Residencia Habitual:

Departamento: ANTIOQUIA Municipio: Teléfono Celular:

Correo Electronico:

COBERTURA EN SALUD

Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado - Parcial	Población pobre No asegurada sin SISBEN	Plan adicional de Salud
Régimen Subsidiado - Total	X Población pobre No asegurada con SISBEN	Desplazado	Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atención	Tipo de Servicio Solicitados	Prioridad de la Atención		
Enfermedad General	X Accidente de Trabajo	Posterior a la atención inicial de urgencias	Prioritaria	X
Enfermedad Profesional	X Accidente de Tránsito	Servicios Electivos	X No Prioritaria	

Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización

Consulta Externa	X Hospitalización	Servicio: Ginecología	Cama:
Urgencias			

Manejo integral según Guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
1 890273	01	Consulta primera vez por neurocingi a
2 890344	01	Consulta por endocrinología
3 890342	01	Consulta por dermatología
4 890405	01	Hormona solicitada
5 904109	01	Hormona luteinizante
6 904503	01	Estradiol
7 890441	01	Consulta por coloproctología

Justificación Clínica:

Paciente de 31 años con dx de microadenoma hipofisiario, hiperprolactinemia, ovario de aspecto poliquístico, amenorrea secundaria, vaginosis bacteriana, de alta perfil hormonal por ginecología y valoración por endocrinología, neurocingi, dermatología, coloproctología, rectosigmoidoscopia en estudio.

Impresión Diagnóstica	Código CIE 10	Descripción
Diagnóstico Principal	N93.5	HVA
Diagnóstico Relacionado 1		
Diagnóstico Relacionado 2		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de quien solicita:	Indicativo	Número	Extensión
Cargo o Actividad:	Teléfono:	Teléfono Celular:	
Registro:			

MPS-SAS V5.0 2008-07-11
EX-SIS 412A

NEUROLOGIA
A-0021530220
R-garantía al año - 10 años
A-0021530403
Dermatología

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Solicitud de autorización

Anexo

Fecha: 25 / 10 / 2018

Solicitante: NIT X

ADO "HOSPITAL LA MARIA" C.C.

Mediador: Calle 92 EE # 67 - 61

Departamento: Antioquia Municipio: Medellín

QUILA 05 MEDELLIN 00

DATOS DEL PACIENTE

Apellido: Yuleta 1er. Nombre: Andrea 2do. Nombre: Andrea
Pasaporte:
Identidad: Adulto sin identificación Número Documento de identificación:
Ciudadanía: Menor sin identificación Fecha de nacimiento: / /
Extranjería:
Teléfono:
Correo electrónico: agendate@lamaria.gov.co; atenusuario@lamaria.gov.

Dirección de Residencia Habitual:

Departamento: ANTIOQUIA Municipio: Medellín Teléfono Celular:
Correo Electrónico:
COBERTURA EN SALUD

Régimen Contributivo: Régimen Subsidiado - Parcial Población pobre No asegurada sin SISBEN Plan adicional de Salud
Régimen Subsidiado - Total Población pobre No asegurada con SISBEN Desplazado Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atención Tipo de Servicio Solicitados Prioridad de la Atención
Enfermedad General Accidente de Trabajo Evento Catastrófico Posterior a la atención inicial de urgencias Prioritaria
Enfermedad Profesional Accidente de Trabajo Servicios Electivos No Prioritaria

Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización

Consulta Externa Hospitalización Servicio: Ginecología Cama:
Urgencias

Manejo integral según Guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
170110	01	Atx Ginecología de Control
904108	01	Primidina base
904809	01	Difenhidramina sulfato
904510	01	Progesterona
903841	01	Glucosa en ayunas
904902	01	Hermina estimulante del tiróideo

Justificación Clínica:

paciente px de ovario de
aspecto poliquístico, ovario 2da
prolactina 52.5, plus perfil hormonal
Atx Ginecología

Impresión Diagnóstica	Código CIE 10	Descripción
Diagnóstico Principal	N939	HUB
Diagnóstico Relacionado 1		
Diagnóstico Relacionado 2		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de quien solicita:
Cargo o Actividad:
Registro:
Indicativo:
Teléfono:
Número:
Teléfono Celular:
Extensión:
MPS-SAS V5.0 2008-07-11
EX-SIS 412A