



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO DE SOLICITUD

2 3 1 2 1 2 6 5 2 5

FECHA:

2 0 2 3 / 1 2 / 1 2

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA:

1 0 : 2 6

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA

NIT
CC

X 8 9 0 9 0 5 1 7 7

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

ARANGO

MURILLO

JHONATAN

DARIO

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil

☐ Cedula de extranjeria

☒ Cedula de ciudadanía

☐ Menor sin identificacion

1 1 4 7 9 5 7 8 3 8

☐ Tarjeta de identidad

☐ Pasaporte

☐ Adulto sin Identificacio

Fecha de nacimiento:

6 / 0 2 / 1 9 9 3

Direccion de Residencia Habitual: BARRIO EL BOSQUE CALLE 92

Telefono:

3 2 1 8 8 5 4 2 3 4

Departamento: ANTIOQUIA

0 5

Municipio: TURBO

8 3 7

Telefono Celular:

3 2 1 8 8 5 4 2 3 4

Correo Electronico

sin@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

Prioridad de la Atencion

☒ Prioritaria

☐ No Prioritaria

☐ Enfermedad Profesional

☐ Accidente de Transito

☒ Servicios Electivo

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion

☐ Consulta Externa

☐ Urgencias

☐ Hospitalizacion

Servicio

CONSULTA EXTERNA

Consulta Externa

Cama

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS Cantidad

8 9 0 3 9 4

1

DESCRIPCION CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA

A-0025209154

8 9 2 4 0 0

1

UROFLUJOMETRIA SGD

A-0025209227

5 7 3 2 0 1

1

CISTOSCOPIA TRANSURETRAL

A-0025209318

Justificación Clínica: PACIENTE CON ESTRECHEZ EN FOSA NAVICULAR, VIENE EN MANEJO CON AUTODILATACIONES CON TERMOMETRO, AL EXAMEN FISICO NO APARENTA RECIDIVA DE ESTRECHEZ, SIN EMBARGO ES UN PACIENTE JOVEN EN QUIEN SE PUEDE CONTEMPLAR CIRUGIA RECONSTRUCTIVA. SE DECIDE OBJETIVIZAR CONDICION CON UROFLUJOMETRIA Y CISTOSCOPIA. CITA CON RESULTADOS, ENTIENDE Y ACEPTA. SE EXPLICAN RIESGOS DE CISTOSCOPIA: INFECCION, SANGRADO, ESTRECHEZ, FISTULA, CISTOSTOMIA, MUERTE. SE RECOMIENDA ACOMPAÑANTE Y AUTORIZAR ORDENES PARA EL MISMO DIA. PACIENTE RESIDE LEJOS DE AREA METROPOLITANA.

Impresion Diagnostica

CIE10

Dx Principal

N 3 4 3

Descripcion

SINDROME URETRAL, NO ESPECIFICADO

Dx relacionado1

Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita BAENA GOMEZ DAHIANA

Cargo Actividad UROLOGIA

Telefono

Indicativo

Numero

Extension

Celular

Telefono: 4447192

Dina
Dahiana Rodas Gómez
Urologa
C.G. 1152190007

BAENA GOMEZ DAHIANA

TRAMITE INTERNO



FECHA: 12-12-23

Elizabeth

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

Jonathan PAM
1117 957933

ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO DE SOLICITUD		FECHA	
2 3 1 2 1 2 6 5 7 9		2 0 2 3 / 1 2 / 1 2	
NOMBRE DEL PRESTADOR		HORA	
Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA		1 1 : 2 2	
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
ARANGO	MURILLO	JHONATAN	DARIO

Tipo Documento de identificacion	Numero de Documento de identificacion
☐ Registro civil ☐ Cedula de extranjeria ☒ Cedula de ciudadanía ☐ Menor sin identificacion ☐ Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte ☐ Adulto sin identificacio	Fecha de nacimiento: 6 / 0 2 / 1 9 9 3 Direccion de Residencia Habitual: BARRIO EL BOSQUE CALLE 92 Telefono: 3 2 1 8 8 5 4 2 3 4 Departamento: ANTIOQUIA 0 5 Municipio: TURBO 8 3 7 Telefono Celular: 3 2 1 8 8 5 4 2 3 4 Correo Electronico: sin@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	Tipo de servicio Solicitado	Prioridad de la Atencion	
☒ Enfermedad General ☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente de Trabajo ☐ Accidente de Transito ☐ Evento Catastrofico	☐ Posterior a la atencion de Urgencias ☒ Servicios Electivo	☒ Prioritaria ☐ No Prioritaria	
Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion	Consulta Externa		
☐ Consulta Externa ☐ Urgencias ☐ Hospitalizacion	Servicio CONSULTA EXTERNA Cama		

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 9 0 3 4 2	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA A-0025207584
8 6 0 2 0 2	1	PRUEBA EPICUTÁNEA DE ALERGIA (PRUEBA DE PARCHES) A-0025207795

Justificación Clínica: PACIENTE CON LAS SIGUIENTES CONSIDERACIONES: 1. LIQUEN PLANO EN ANTEBRAZO IZQUIERDO, CON GRAN MEJORIA YA RESULTO CON MANEJO TOPICO CON CLOBETASOL. 2. LIQUEN ESCLEROSO EN PENE YA EN MANEJO CONJUNTO CON UROLOGIA Y DERMATOLOGIA, HOY CON GRAN MEJORIA DE LAS LESIONES CON EL ESTEROIDE, MENOS ESCLEROSIS Y APERTURA DEL ORIFICIO URETRAL SIN FISURAS, DEBE CONTINUARLO IGUAL. 3. ECCEMA DE CONTACTO CON AREAS LIQUENIFICADAS EN LESIONES EN MANOS, SE ORDENA HIDRATACION, CONTINUAR BETAMETASONAL + VASELINA, PRUEBA DE PARCHES ESTANDAR. 4. TIÑA PEDIS, SE DEJA CLOTRIMAZOL CADA 12 HORAS TOPICO POR 4 SEMANAS Y FLUCONAZOL CADA SEMANA POR 6 SEMANAS CONTROL CON RESULTADOS

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripcion
Dx Principal	L 9 0 0	LIQUEN ESCLEROSO Y ATROFICO
Dx relacionado1	L 3 0 9	DERMATITIS, NO ESPECIFICADA
Dx relacionado2	B 3 5 3	TIÑA DEL PIE [TINEA PEDIS]

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA			
Nombre de que solicita	GALVIS FRANCO WILSON DE JESUS	Telefono	
Cargo Actividad	DERMATOLOGIA	Indicativo	Numero Extension
		Celular	
		Telefono: 4447192	

DR. WILSON GALVIS FRANCO
DERMATÓLOGO
R.M 51189-04
GALVIS FRANCO WILSON DE JESUS

TRAMITE INTERNO
12-12-23
H. 2023