

Medellín Julio 17 de 2025

SEÑORES

EPS SAVIA SALUD

E.S.E : ESE HOSPITAL LA MARIA , INSTITUTO DEL CORAZON

E. S. D.

Cordial saludo,

Asunto: Derecho de Petición – Solicitud de agendamiento de citas y procedimientos autorizados

Peticionario

Nombre: José de Jesús Henao Cossio

C.C. No: 15.319.210

Dirección: Medellín

Teléfono: 3226553048- 3127954623

Correo electrónico:yunadyhenao@gmail.com

Hechos

1. El señor José de Jesús Henao Cossio, adulto mayor, paciente con diagnóstico de hipertensión arterial y bajo manejo de cuidados paliativos, tiene su estado de salud altamente deteriorado.

2. La EPS le ha autorizado los siguientes servicios y procedimientos necesarios para el manejo de su condición:

Consulta de control por Medicina Interna para manejo de hipertensión.

Consulta de control por Urología.

Cistoscopia transuretral.

Dilatación de uretra por sondeo.

3. A pesar de contar con las respectivas autorizaciones vigentes, no ha sido posible acceder a dichos servicios por falta de agenda disponible, lo que está generando una vulneración de su derecho fundamental a la salud y poniendo en riesgo su vida y su integridad.

Fundamentos de derecho:

Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia – Derecho a la seguridad social.

Artículo 49 de la Constitución Política – Derecho a la salud.

Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud, que consagra la salud como un derecho fundamental.

Sentencia T-760 de 2008 – Corte Constitucional: establece el deber de las EPS de garantizar la prestación de los servicios autorizados de manera oportuna y eficaz.

Solicitudes

1. Se sirva agendar de manera inmediata las citas de control autorizadas por Medicina Interna y Urología.
2. Se sirva agendar de manera inmediata los procedimientos de cistoscopia transuretral y dilatación de uretra por sondeo, autorizados previamente.
3. Se informe por escrito la fecha, hora, lugar y nombre del profesional de cada servicio agendado.
4. En caso de no contar con agenda disponible, se indique claramente las razones de la imposibilidad de agendamiento y se realicen las gestiones pertinentes para garantizar la atención oportuna, incluso mediante la remisión a otra IPS o la prestación del servicio en otra red de servicios, tal como lo ordena la

normatividad vigente.

Notificación

Agradezco enviar la respuesta a esta petición a la dirección y correo electrónico mencionados.

Atentamente,

José de Jesús Henao Cossio

C.C. No 15.319.210

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **15.319.210**
HENAO COSSIO

APELLIDOS
JOSE DE JESUS

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-FEB-1956**

EL ORO
SABANALARGA (ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

14-FEB-1977 YARUMAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0127000-00201493-M-0015319210-20091203

0018602415A 1

29456697

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TÉCNICO No. 1

PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA INFORMACIÓN: 4. AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y TECNOLOGÍAS EN SALUD
CONSECUTIVO DEL PROCEDIMIENTO: 2025060329697121 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29697121
FECHA Y HORA : 2025-06-03-11:05

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Nit	900604350	Código	EPSS40
---------	---------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre		Tipo Documento	Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA		NI	890905177
Código	050010608601	Teléfono 1	6044447192
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2	
Dirección			
Calle 92EE # 67 - 61			
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN

DATOS DEL PACIENTE

HENAO		COSSIO		JOSE		DE JESUS	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	15319210			Fecha de nacimiento	1956-02-17
Dirección de Residencia Habitual		CR 50 D 81 26 INT 201				Teléfono	6045568111
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN		
Teléfono celular	3146821288		Correo electrónico	yunadyhenao@gmail.com			
Dirección alternativa					Nivel	No Aplica	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:						Cama	
Servicio	Urología (Consulta Ext)				Diagnostico Principal	N40X - Hiperplasia de la prostata	
Manejo integral según Guía de							
Grupo de servicios				Consulta externa			
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural			Finalidad de la tecnología de salud	OTRA	
Código CUPS	Cantidad	Descripción					
573201	1	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL					
Observación	fs 2025-04-09						
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		23640877			Fecha y hora de solicitud	2025-06-03-10:49	

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			0.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			669	Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:				
Aplica cobro: SI				
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos
Copago		Exento cobro		0.00
Tope máximo copagos		0		
		Valor en pesos		Porcentaje %
		0.00		0.00 %

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
nsernabe (NORA ESTELLA SERNA BEDOYA)		AUTORIZADOR SAVIASALUD	
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas		La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días	Fecha fin autorización
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683	

SAVIA SALUD EPS

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TÉCNICO No. 1

PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA INFORMACIÓN: 4. AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y TECNOLOGÍAS EN SALUD
CONSECUTIVO DEL PROCEDIMIENTO: 2025060329697130 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29697130

FECHA Y HORA : 2025-06-03-11:06

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Nit	900604350	Codigo	EPSS40
---------	---------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre		Tipo Documento	Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA		NI	890905177
Código	050010608601	Telefono 1	6044447192
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2	
Dirección			
Calle 92EE # 67 - 61			
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN

DATOS DEL PACIENTE

HENAO		COSSIO		JOSE		DE JESUS	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación		15319210		Fecha de nacimiento	1956-02-17
Dirección de Residencia Habitual	CR 50 D 81 26 INT 201					Teléfono	6045568111
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLÍN		
Teléfono celular	3146821288		Correo electrónico	yunadyhenao@gmail.com			
Dirección alternativa					Nivel	No Aplica	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama	
Servicio	Urologia (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	N40X - Hiperplasia de la prostata	
Manejo integral según Guía de						
Grupo de servicios			Consulta externa			
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural		Finalidad de la tecnología de salud		OTRA
Código CUPS	Cantidad	Descripción				
586301	1	DILATACION DE URETRA POR SONDEO				
Observación	fs 2025-04-09					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		23640877		Fecha y hora de solicitud		2025-06-03-10:49

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			0.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			669	Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:				
Aplica cobro: SI				
Cuota moderadora		Cuota de recuperación	Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro	0.00	0.00 %
Tope máximo copagos		0		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
nsernabe (NORA ESTELLA SERNA BEDOYA)		AUTORIZADOR SAVIASALUD	
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el Área de Cuentas Medicas		La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días	Fecha fin autorización 2025-11-30
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683	

SAVIA SALUD EPS

Pagina 1 de 1

Original

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

ANEXO TÉCNICO No. 1

PROCEDIMIENTO OBJETO DE LA INFORMACIÓN: 4. AUTORIZACIÓN DE SERVICIO Y TECNOLOGÍAS EN SALUD
CONSECUTIVO DEL PROCEDIMIENTO: 2025060329697142 - NUMERO DE AUTORIZACION: 29697142
FECHA Y HORA : 2025-06-03-11:06

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Nombre:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	Nit	900604350	Código	EPSS40
---------	---------------------------------------	-----	-----------	--------	--------

INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre		Tipo Documento	Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA		NI	890905177
Código	050010608601	Teléfono 1	6044447192
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Teléfono 2	
Dirección			
Calle 92EE # 67 - 61			
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN

DATOS DEL PACIENTE

HENAO		COSSIO		JOSE		DE JESUS	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación		15319210		Fecha de nacimiento	1956-02-17
Dirección de Residencia Habitual		CR 50 D 81 26 INT 201				Teléfono	6045568111
Departamento	ANTIOQUIA			Municipio	MEDELLIN		
Teléfono celular	3146821288		Correo electrónico	yunadyhenao@gmail.com			
Dirección alternativa					Nivel	No Aplica	

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:						Cama
Servicio	Urología (Consulta Ext)			Diagnostico Principal	N40X - Hiperplasia de la prostata	
Manejo integral según Guía de				Consulta externa		
Grupo de servicios						
Modalidad de la tecnología de salud		Intramural		Finalidad de la tecnología de salud		OTRA
Código CUPS	Cantidad	Descripción				
890394	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA				
Observación	fs 2025-04-09					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		23640877		Fecha y hora de solicitud		2025-06-03-10:49

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:			0.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			669	Reclamo de ticket, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:				
Aplica cobro: SI				
Cuota moderadora		Cuota de recuperación		Valor en pesos
Copago		Exento cobro		0.00
Topo máximo copagos	0			
		Porcentaje %		0.00 %

INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza		Cargo o actividad	
nsernabe (NORA ESTELLA SERNA BEDOYA)		AUTORIZADOR SAVIASALUD	
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas		La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días	Fecha fin autorización
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683	
		2025-11-30	

SAVIA SALUD EPS

Pagina 1 de 1

Original

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

Pág. 1 de 2



DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **JOSE DE JESUS HENAO COSSIO** Tipo Doc Cédula Ciudadanía **DOCUMENTO 15319210**
Edad **69 Años / 1 Meses / 21 Día** Sexo **Masculino** Estado Civil **Casado**
Fecha Nacimiento **17/02/1956** Dirección **CARRERA 50 D N 8120** Teléfono **3226553048**
Cama **Area CONSULTA EXTERNA** Ingreso **1469134** Fecha Ingreso **9/04/2025 1:33:44 p. m.**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad **ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA** Regimen **Subsidiado** Estrato **SUBSIDIADO NIVEL 1 2025**
SALUD EPS

Nombre Acudiente **JHON FREDY HIJO 3044261992**

Telefono

Parentesco

Nombre

Telefono

Acompañante

FOLIO N° 9

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

9/04/2025 3:05 p. m.

MOTIVO DE LA CONSULTA

la cita

ENFERMEDAD ACTUAL

UROLOGIA

69 años, Residente en Medellín

Dx HPB

Tto: Dutasteride/Tamsulosina

**Fallo Silodosina

S/ refiere continua sintomático con la medicación, insatisfecho con su patron miccional.

AP: hipotiroidismo, DM2 IR, dislipidemia, hepatitis B, cirrosis, HTA Fármacos: dapagliflozina, atorvastatina, esomeprazol, furosemida, propranololm
espironolactona, enalapril, insulina glargina, sertralina, entecavir linagliptina AQx: corrección aneurisma cerebral, varices esofágicas Alérgicos: niega
Tóxicos: THC suspendió hace mas de 30 años, niega licor Hábitos: café ocasional, agua poca cantidad

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	26/02/2020	HTA, ARTROSIS, HIPERPLASIA PROSTATICA, CIRROSIS,
Quirúrgicos	26/02/2020	NEUROLISMA CEREBRAL
Alérgicos	26/02/2020	NIEGA

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: °C
Glucometría ☐ mg/dl S02 ☐ % FIO2 ☐ % Perfusion < 2 seg Estado de Conciencia: Alerta
Peso Kgs Talla Cms IMC: PVC: ☐ mmH2O

Estado General:

Cabeza y Sentidos:

Cuello:

Cardio-Pulmonar-Vascular:

Abdomen:

Genito - Urinario:

Buenas condiciones generales
Abdomen globoso.
meato estrecho
TR Grado I, adenomatosa, no sospechosa

Músculo - Esquelético:

Neurológico:

Piel y Faneras:

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Fecha de Impresión: 09/04/2025 15:05

Usuario: 4472572

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

savia SALUD EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 28613900	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2025-03-06 HORA: 10:00	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.	CODIGO
					EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	Número documento
INSTITUTO DEL CORAZON SEDE CENTRO				NI	800107179
Código	050010001208		Teléfono 1	6043207240	
Correo	centralcitas@institudodelcorazon.org.co		Teléfono 2		
Dirección					
Calle 54 # 49 - 69					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
DATOS DEL PACIENTE					
HENAO		COSSIO		JOSE	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre		DE JESUS			
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	15319210		Fecha de nacimiento
1956-02-17					
Dirección de Residencia Habitual				Teléfono	6045568111
CR 50 D 81 26 INT 201					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
Teléfono celular	3146821288	Correo electrónico	yunadyhenao@gmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina Interna (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	10X - Hipertension esencial (primaria)	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890366	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA			
Observación	Fecha Orden Medica 2025-02-22				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		22760587	Fecha	2025-02-24	Hora
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0.00 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:				657	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro: SI					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %
Copago		Exento cobro		0.00	0.00 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
yholguic (YEIMI TATIANA HOLGUIN CARILLO)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
Instituto del Corazón Centro

ANEXO 3

NUMERO INFORME

Fecha: 2 0 2 5 - 0 2 - 2 2 Hora: 1 1 : 1 3

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre INSTITUTO DEL CORAZON S A S Nit ☒ 8 0 0 1 0 7 1 7 9 - 2

Código 0 5 0 0 1 0 0 0 1 2 0 8 Dirección prestador

Télefono: Indicativo número Departamento: Antioquia 0 5 Municipio: Medellín 0 0 1

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. CODIGO: E P S S 4 0

DATOS DEL USUARIO (como aparece en la base de datos)

HENAO COSSIO JOSE DE JESUS
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de identificación ☐ Adulto sin identificación
☒ Cédula de ciudadanía ☐ Menor sin identificación
☐ Cédula de extranjería

Fecha de Nacimiento: 1 9 5 2 - 0 2 - 1 7

Dirección de Residencia Habitual: CL 80 50 37 Teléfono: 3 1 4 6 8 2 1 2 8

Departamento: Antioquia 0 5 Municipio: Medellín

Teléfono celular: 3 1 4 6 8 2 1 2 8 Correo electrónico: yunadyhenao@gmail.com

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

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización ☒ Consulta externa ☐ Hospitalización Servicio: MEDICINA INTERNA Cama:

Manejo integral según guía de: Especialidad Solicitada: MEDICINA INTERNA

Código CUPS	Cantidad	Descripción
1 8 9 0 3 6 6	1	Consulta De Control O De Seguimiento Por Especialista En Medicina Intern
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Justificación clínica: CONTROL 3 MESES

Impresión diagnóstica: Código CIE10 Descripción
Diagnóstico principal I 1 0 X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Diagnóstico relacionado 1
Diagnóstico relacionado 2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta EDIMER PARRA MOYA Teléfono

Registro medico 1077433032 Indicativo número extensión

Cargo o actividad: MEDICINA INTERNA Teléfono celular:

CENTRO DE ATENCIÓN: 160 Instituto del Corazón Centro
NOMBRE DEL PACIENTE: JOSE DE JESUS HENAO COSSIO
Documento: CC 15.319.210 **H.C.** 15319210
Fecha nacimiento: Feb.17/1952 **Edad:** 73 Años **Sexo:** Masculino
Dirección: CL 80 50 37 **Teléfono:** 3146821288 **Ciudad:** Medellín
Entidad: ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S. **Etnia:**
Número de Ficha: **Nivel:** Nivel 1
Atención: 6 **Fecha:** Feb.22/2025 **Hora:** 10:51
Causa externa: Enfermedad general **Finalidad:** OTRA

Motivo consulta: MOTIVO DE CONSULTA:
-"VENGO A LEER MIS EXAMENES Y A CONTROL DE MI ENFERMEDAD DEL HIGADO."

Enfermedad actual:

ENFERMEDAD ACTUAL:

-PACIENTE FEMENINA DE 60 AÑOS, CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO 2 INSULINOREQUIRIENTE, OBESIDAD, ENFERMEDAD RENAL CRONICA ESTADIO 3, CIRROSIS HEPATICA CHILD A POR INFECCION CRONICA POR HEPATITIS B Y HIGADO GRASO. CURSA CON HIPERTENSION PORTAL Y ANTECEDENTE DE LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS GRANDES EN 2022.
-REFIERE ASCITIS CONTROLADA, SIN MANEJO DIURETICO.
-ANTECEDENTE DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR CON SECUELA Y TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO CON HEMATOMA SUBDURAL.
-PENDIENTE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO POR HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA.
-NIEGA NUEVOS SINTOMAS DIGESTIVOS, EDEMA, ICTERICIA O DETERIORO NEUROLOGICO.

ANTECEDENTES:

-ANTECEDENTES MEDICOS: HIPERTENSION ARTERIAL. DIABETES MELLITUS TIPO 2 INSULINOREQUIRIENTE. OBESIDAD. ENFERMEDAD RENAL CRONICA ESTADIO 3. CIRROSIS HEPATICA CHILD A POR HEPATITIS B CRONICA E HIGADO GRASO. HIPERTENSION PORTAL. VARICES ESOFAGICAS GRANDES CON LIGADURA (2022). ASCITIS CONTROLADA. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR CON SECUELA. TEC CON HEMATOMA SUBDURAL. HIPERPLASIA PROSTATICA BENIGNA. HIPOTIROIDISMO.
-ANTECEDENTES QUIRURGICOS: NO REFERIDOS.
-ANTECEDENTES FAMILIARES: NO REFERIDOS.
-ANTECEDENTES PERSONALES: NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO O DROGAS.
-ALERGIAS: NIEGA.

MEDICACION ACTUAL:

-ENTECAVIR 1 MG/DIA. PROPRANOLOL 40 MG CADA 12 HORAS. LACTULOSA 15 ML CADA 12 HORAS. FUROSEMIDA 40 MG/DIA. SEMAGLUTIDA 0.5 MG SEMANAL. DAPAGLIFLOZINA 10 MG/DIA. ENALAPRIL 20 MG/DIA. ATORVASTATINA 80 MG/DIA. QUETIAPINA 25 MG/NOCHE. SERTRALINA 50 MG/DIA. INSULINA GLARGINA 10 UI/DIA. ESPIRONOLACTONA 25 MG/DIA. ESOMEPRAZOL 40 MG/DIA.

RESULTADOS DE ESTUDIOS:

-02/2025: HBA1C 7.1%. GLUCEMIA 112 MG/DL.
-06/2024: ENDOSCOPIA: ZONAS DE FIBROSIS SECUNDARIAS A LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS. GASTROPATIA ERITEMATOSA UNIVERSAL.
-05/01/2024: TP 15.8 SEG. INR 1.32. AFP 3.1 NG/ML. K 4.34 MEQ/L. GOT 57.1 U/L. GPT 23.8 U/L. NA 139.7 MEQ/L. FOSFATASA ALCALINA 112 U/L.

EXAMEN FISICO:

-PESO: 100 KG. TALLA: 162 CM. IMC: 38.1 KG/M² (OBESIDAD CLASE II). PRESION ARTERIAL: 110/70