



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



Agosto 22/23

NUMERO DE SOLICITUD 2 3 0 8 2 2 6 9 6 9 FECHA: 2 0 2 3 / 0 8 / 2 2 HORA: 8 : 5 9

INFORMACION DEL PRESTADOR

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

Entidad a la que se le informa (pagador) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS Codigo: EPSS40

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido GONZALEZ 2do Apellido DE PIZA 1er Nombre MARTA 2do Nombre MIRYAM

Tipo Documento de identificacion Numero de Documento de identificacion

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

☐ Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte ☐ Adulto sin Identifiacio

Direccion de Residencia Habitual: CALLE 53 N°31-64 Fecha de nacimiento: 3 1 / 0 8 / 1 9 3 8

Departamento: ANTIOQUIA Telefono: 3 1 2 7 4 9 4 0 5 9

Telefono Celular: 3 1 2 7 4 9 4 0 5 9 Municipio: MEDELLIN 0 0 1

Correo Electronico sincorreos@indominio.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

☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente de Transito

Tipo de servicio Solicitado ☐ Posterior a la atencion de Urgencias ☒ Servicios Electivo

Prioridad de la Atencion ☒ Prioritaria ☐ No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion

☐ Consulta Externa ☐ Urgencias ☐ Hospitalizacion Servicio CONSULTA EXTERNA

Manejo Integral segun Guia de: Consulta Externa Cama

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 9 0 3 8 0	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
8 7 9 2 0 5	1	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGM
8 3 9 6 0 0	1	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA SOD

Justificación Clínica: FEMENINO DE 83 AÑOS QUIEN CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR EN CADERA Y RODILLA DERECHA DESENCADENADO CON EL ESFUERZO. CONCOMITANTEMENTE PARESTESIAS EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO EXAMEN FISICO: LUCE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HOMBRO DERECHO SIN EDEMAS NI DEFORMIDADES, ELEVACION 130 GRADOS DOLOROSA, JOBE +, HAWKINS +, YEGARSON +. OBSERVO LEVE DEFORMIDAD EN ARTICULACION METACARPOFALANGICA DEL PRIMER DEDO BILATERAL, LLENADO CAPILAR DISTAL DE LOS DEDOS EN MANO LENTO. DEAMBULA DE FORMA VICIOSA SIN ASISTENCIAS, RANGOS DE MOVILIDAD DE CADERA Y RODILLA CONSERVADOS, DOLOR A LA DIGITOPRESION TROCNERICA DERECHA, CEPILLADO ROTULIANO ++ DOLOROSO. HIPERALGESIA EN TERRITORIO L4-L5, L5-S1 DERECHO, LASSAGE DERECHO ++. RADIOGRAFIA DE RODILLAS CON ARTROSIS FEMOROPATELAR BILATERAL A PREDOMINIO DERECHO, RADIOGRAFIA DE CADERAS CON CAMBIOS DEGENERATIVOS LEVES A MODERADOS. ANALISIS: PACIENTE CON GONARTROSIS DE RODILLAS, CLINICA DE DISCOPATIA LUMBOSACRA. SE SOLICITÓ RESONANCIA MAGNETICA SIMPLE DE COLUMNA LUMBOSACRA BAJO SEDACION POR CLAUSTROFOBIA QUE NO PUDO REALIZARSE POR CUADOR RESPIRATORIO QUE NO ERA SUCEPTIBLE PARA SEDACION, POR TAL MOTIVO SE ORDENA TOMOGRAFIA SIMPLE DE COLUMNA LUMBOSACRA, SE SOLICITA AUTORIZACION PARA INFILTRACION DE BURSA TROCNERICA DERECHA, Y CITA CON RESULTADOS.

Impresion Diagnostica CIE10 Descripcion

Dx Principal M 1 3 9 ARTRITIS, NO ESPECIFICADA

Dx relacionado1

Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita GARCIA SUPERLANO GERMAN EDUARDO Telefono

Cargo Actividad ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA Indicativo Numero Extension

Celular Telefono: 4447192

TRÁMITE INTERNO
HOSPITAL LA MARIA
FECHA: 22/08/23