



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 2 2 0 4 2 8 6 4 6 5 FECHA: 2 0 2 2 / 0 4 / 2 8

HORA: 8 : 5 4

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre:	E.S.E. HOSPITAL LA MARIA										NIT	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)	Codigo:
		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS	EPSS40

DATOS DEL PACIENTE			
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
CAICEDO	ORTIZ	ANA	SILVIA
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 Identifiacio	Fecha de nacimiento: 2 1 4 3 8 3 0 7
Direccion de Residencia Habitual: CLLE URIBE URIBE		Telefono: 9 6 4 1 6 / 0 3 /	

Departamento:	ANTIOQUIA	0 5	Municipio:	AMAGA	0 3 0
---------------	-----------	-----	------------	-------	-------

Telefono Celular:	0 0 0 0 0 0	Correo Electronico	
-------------------	-------------	--------------------	--

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	☐ Accidente de Trabajo	☒ Prioritaria	
☐ Enfermedad Profesional	☐ Evento Catastrofico	☐ No Prioritaria	
☐ Accidente de Transito	☒ Posterior a la atencion de Urgencias		
	☒ Servicios Electivo		

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion	Consulta_Externa
☐ Consulta Externa	☐ Urgencias
☐ Hospitalizacion	☐ Servicio CONSULTA EXTERNA
Manejo Integral segun Guia de:	

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 9 0 3 8 0	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
Justificación Clínica: PACIENTE CON CUADRO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR SOBRE LA RODILLAS BILATERALMENTE DE MAYOR INTENSIDAD EN LA DERECHA. TRAE RNM DE RODILLA DERECHA QUE REPORTA ARTROSIS TRICOMPARTIMENTAL GRADO IV QUISTES SUBCONDRALES - DESGARRO MULTIDIRECCIONAL DEL MENSICO MEDIAL. PACIENTE CANDIDATA A REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA DERECHA REMITE CON DR CARLOS GARICANO		

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripcion
Dx Principal	M 1 7 0	GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL
Dx relacionado1		
Dx relacionado2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA			
Nombre de que solicita	MESA MARTIN	Telefono	
Cargo Actividad	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	Indicativo	
		Numero	
		Extension	
		Celular	
		Telefono:	4447192

MESA MARTIN

TRÁMITE INTERNO
FECHA: 28-4-22
FIRMA: [Firma]

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



E.S.E. HOSPITAL LA MARIA

HISTORIA CLÍNICA

HC CONSULTA EXTERNA

Pág 1 de 4

LES

ANA SILVIA CAICEDO ORTIZ

DOCUMENTO / HISTORIA

21438307

57 Años \ 10 Meses \ 25 D Sexo Femenino

Estado Civil Soltero

Limiento 03/06/1964

Dirección CLLE URIBE URIBE

Teléfono 3116218003 -314869432

Area CONSULTA EXTERNA

Ingreso 403418

Fecha Ingreso 28/04/2022 8:21:18 a. m.

OS DE AFILIACIÓN

ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIARegimen Subsidiado

Estrato SUBSIDIADO NIVEL 1 2022

mbre Acudiente

Telefono

Parentesco

mbre

Telefono

ompañante

OLIO N° 2

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

28 de abril de 2022

MOTIVO DE LA CONSULTA

DOLOR EN RODILLA DERECHA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON CUADRO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR SOBRE LA RODILLAS BILATERRALMENTE DE MAYOR INTENSIDAD EN LA DERECHA
TRAE RNM DE RODILLA DERECHA QUE REPORTA ARTROSIS TRICMPARITMENTAL GRADO IV QUISTES SUBCONDRALES - DESGARRO MULTIDIRECCIONASL DEL MENSICO MEDIAL
PACIENTE CANDIDATA A REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA DERECHA
SE REMITE CON DR CARLOS GARICANO

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza y Sentidos:

Corax/Cardio/Pulmonar:

Abdomen:

Genito - Urinario:

Musculo - Esquelético:

Neurológico:

Piel y Uñas:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales
TA: / mm Hg TAM: mm Hg FC: x min FR: x min Dolor No Temperatura: 0,0 °C
Glucometria ☐ mg/dl S02 ☐ % FIO2 ☐ % Perfusion < 2 seg Estado de Conciencia: Alerta
Peso Talla IMC: PVC: ☐ mmH2O

Estado General:

Cabeza y Sentidos:

Cuello:

Cardio-Pulmonar-Vascular:

Abdomen:

Genito - Urinario:

Musculo - Esquelético:

Neurológico:

Piel y Uñas:

ANÁLISIS:

PACIENTE CON CUADRO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR SOBRE LA RODILLAS BILATERRALMENTE DE MAYOR INTENSIDAD EN LA DERECHA
TRAE RNM DE RODILLA DERECHA QUE REPORTA ARTROSIS TRICMPARITMENTAL GRADO IV QUISTES SUBCONDRALES - DESGARRO MULTIDIRECCIONASL DEL MENSICO MEDIAL
PACIENTE CANDIDATA A REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA DERECHA
SE REMITE CON DR CARLOS GARICANO

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y

LABORATORIO:

PLAN TERAPEUTICO:

PACIENTE CON CUADRO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR SOBRE LA RODILLAS BILATERRALMENTE DE MAYOR INTENSIDAD EN LA DERECHA
TRAE RNM DE RODILLA DERECHA QUE REPORTA ARTROSIS TRICMPARITMENTAL GRADO IV QUISTES SUBCONDRALES - DESGARRO MULTIDIRECCIONASL DEL MENSICO MEDIAL
PACIENTE CANDIDATA A REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA DERECHA
SE REMITE CON DR CARLOS GARICANO

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

OBSERVACIONES

PRINCIPAL

TIPO

GOO NOMBRE

Nombre reporte: HC/EP/Estadística

Fecha de Impresión: 28/04/2022 08:55

USUARIOS: BO410784

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL LA MARIA] INT (890905177-9)

SAVIA SAVIA EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 17770941	
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD		FECHA: 2022-05-09		HORA: 16:55	
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	
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI	890905177	
Código	050010608601	Dirección			
Teléfono	5904485	CL 92EE N 67 61			
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		
DATOS DEL PACIENTE					
CAICEDO		ORTIZ		ANA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
1964-06-03		21438307		Fecha de nacimiento	
Tipo Documento De Identificación		Número documento de identificación		21438307	
Dirección de Residencia Habitual		CLLE URIBE URIBE		Teléfono	
Departamento		ANTIOQUIA		Municipio	
Teléfono celular		3114169307		Correo electrónico	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio Ortopedia Y/O Traumatología (Consulta Ext.)			Diagnostico Principal M170 - GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL		
Manejo Integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890380	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA			
Observación	ok				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		14700424		Fecha	2022-05-09
Hora		10:52			
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:				579	
Reclamo de ticket, bono o vale de pago					
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro:					
Cuota	Cuota de	Valor en pesos		Porcentaje %	
Copago	Exento cobro	0		0 %	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
Icardone (LUISA FERNANDA CARDONA CARTAGENA)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Médicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		