

ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
UNIDAD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



SERVICIOS MEDICOS CON ESPECIALISTAS

Teléfono: 60(4) 5906901

WhatsApp: 3187159640

Correo: agendate@lamaria.gov.co

2	4	0	4	1	6	9	0	4	8	FECHA:	2	0	2	4	/	0	4	/	1	6	
										HORA:	1	2	1	3	3						
										NIT	X										
										CC											
										Numero											
Direccion:										CALLE 92 EE # 67 - 61											
Departamento: ANTIOQUIA										0	5	Municipio: MEDELLIN									
										0	0	1									

Indicativo	Telefono	Codigo:	EPSS42
Entidad a la que se le informa (pagador) COOSALUD EPS S A SUBSIDIADO			

DATOS DEL PACIENTE			
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
GONZALEZ	DE PULGARIN	LUZ	DARY DEL SOCORRO
Tipo Documento de identificacion		Numero de Documento de identificacion	

☐ Registro civil	☐ Cedula de extranjeria	☒ Cedula de ciudadanía	☐ Menor sin identificacion	2	1	8	3	0	8	1	9				
☐ Tarjeta de identidad	☐ Pasaporte	☐ Adulto sin Identificacio	Fecha de nacimiento:	1	2	/	0	1	/	1	9	6	0		

Direccion de Residencia Habitual: SECTOR LA PISTA										Telefono: 3				1	4	7	7	6	1	0	0
Departamento: ANTIOQUIA										0	5	Municipio: JERICO									
Telefono Celular: 3										1	4	7	7	6	1	0	0	Correo Electronico mayaya1977@hotmail.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	☐ Posterior a la atencion de Urgencias	☒ Prioritaria	
☐ Enfermedad Profesional	☒ Servicios Electivo	☐ No Prioritaria	
Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion		Consulta_Externa	
☐ Consulta Externa ☐ Urgencias ☐ Hospitalizacion Servicio CONSULTA EXTERNA		Cama	
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 TRAUMATOLOGIA

Justificación Clínica: PACIENTE CON GONARTROSIS Y ESPACIOS FUNCIONALES QUE EL 24/10/2023 SE REALIZA INFILTRACIÓN EN RODILLAS, BUENA RESPUESTA POR DOS MESES, LUEGO RECIDIVA Y SE APLICA BALSAMO TRANQUILO (PASTEUR) CON CALOR LOCAL, LE HA CAÍDO MUY BIEN, ACUDE CAMINANDO SIN REQUERIR BASTON Y SIN COJERA. DOLOR ARTICULAR REQUIERE REFORZAMIENTO DE INFILTRACIONES. TRAER KENACORT-A A PROXIMO CONTROL PARA INFILTRACIONES. En control el 16/04/2024 se realizan infiltraciones en ambas rodillas 4 (anterior bilateral y articular bilateral). ACTO SIN COMPLICACIONES. CITA PRIORITARIA EN TRES MESES.

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripción			
Dx Principal	M	2	2	4	CONDROMALACIA DE LA ROTULA
Dx relacionado1					1938104
Dx relacionado2					

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

Garicano Carlos Hernando
16611-1233234369

GARICANO CARLOS HERNANDO

TRAMITE INTERNO
FECHA: 16-4-24
[Signature]
FIRMA: