

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD

Resolución 003047 14 AGO 2008



CONSECUTIVO	W83 885614	NUMERO DE AUTORIZACION	Fecha:	Nov.26/2024	Hora:	18:22
-------------	------------	------------------------	--------	-------------	-------	-------

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL		Nit:	890.981.536-3
Código:	058900243101			
Dirección:	CARRERA 24 N 13-466 BARRIO EL REPOSO		Fax:	
Teléfono:	8654859		Código:	05
Departamento:	ANTIOQUIA		Código:	890
Municipio:	YOLOMBO		Código:	EPS042
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	UPC COOSALUD ENT PROMOTORA SAL			

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	SANCHEZ		2do. Apellido:	DE MARIN	
1er Nombre:	GJILLERMINA		2do. Nombre:		
Tipo de Documento:	CEDULA	No. Documento:	22.227.788		
Fecha de Nacimiento:	May.07/1955	Edad:	69 Años	Sexo:	FEMENINO
Dirección Residencia:	V POCORO		Teléfono:	3145297943	
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05		
Municipio:	YOLOMBO	Código:	890		
Dirección Alternativa:		E-Mail:			
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-1	Tipo de Pago:	CUOTA MODERADORA		

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL	Tipo de Servicios solicitados:	SERVICIOS ELECTIVOS
Prioridad de la atención:	PRIORITARIA	Servicio:	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	HOSPITALIZACION	Modalidad:	01-Intramural
Manejo Integral Segn Guía:	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA		

Seq	Código CUPS / IUM	Cantidad	Grupo de Servicio	Descripción
1	883512	1	APOYO DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIO	Y RESONANCIA MAGNETICA ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR
2	890380	1	CONSULTA EXTERNA	CONSULTA CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA ORTOPEDIA

Justificación Clínica: PACIENTE FEMENINA DE 69 AÑOS, QUE ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS POR LUXACIÓN ANTERIOR DE HOMBRO DERECHO NO TRAUMÁTICA, REDUCIDA POR SERVICIO DE URGENCIAS. AL MOMENTO DE VALORACIÓN ENCUENTRO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, CON MODULACIÓN DEL DOLOR, MIEMBRO SUPERIOR DERECHO CON CABESTRILLO BIEN POSICIONADO, CON REDUCCIÓN APARENTEMENTE SATISFACTORIA, AL REINTERROGAR PACIENTE REFIERE MÍNIMO 3 LUXACIONES EN EL ÚLTIMO AÑO Y ALREDEDOR DE 15 EN TOTALIDAD DURANTE TODA SU VIDA, RADIOGRAFÍA DE CONTROL POSTLUXACIÓN CON EVIDENCIA DE REDUCCIÓN SATISFACTORIA, CABEZA HUMERAL EN SU SITIO, ESPACIOS ARTICULARES CONSERVADOS SIN EVIDENCIA DE NUEVAS LESIONES. PACIENTE CON BUENA EVOLUCIÓN CLÍNICA POSTERIOR A REDUCCIÓN, CUADRO CONGRUENTE CON LUXACIÓN RECIDIVANTE HOMBRO DERECHO; POR LO QUE SE DA ALTA MÉDICA CON USO DE CABESTRILLO PERMANENTE POR 20 DÍAS, ANALGESIA AMBULATORIA, ORDEN DE CONTROL PARA RESONANCIA MAGNÉTICA SIMPLE DE HOMBRO DERECHO Y CITA DE CONTROL CON ORTOPEDIA CON MÓDULO DE HOMBRO DR QUINTERO, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

ORDEN PARA RESONANCIA MAGNÉTICA SIMPLE DE HOMBRO DERECHO
CITA DE CONTROL CON ORTOPEDIA CON MÓDULO DE HOMBRO DR QUINTERO

Diagnostico principal:	LUXACION DE LA ARTICULACION DEL HOMBRO	Código CIE10:	S430
Diagnostico relacionado 1:	** NO PRESENTA **	Código CIE10:	
Diagnostico relacionado 2:	** NO PRESENTA **	Código CIE10:	

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	.IPAZ TELLO JUAN CARLOS	Teléfono:	8654859
--------------------------	-------------------------	-----------	---------