

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente AMELIA MARIA ORTIZ ARBELAEZ **Tipo Doc** Cédula **Ciudadanía** **DOCUMENTO** 32413522
Edad 77 Años / 8 Meses / 11 Días **Sexo** Femenino **Estado Civil** Viudo
Fecha Nacimiento 20/09/1945 **Dirección** CARRERA 89 N 36 A 42 B. MANRIQUE SAN BLAS **Teléfono** 3113482094/3004403135
Cama P3306B **Area** HOSPITALIZACION PISO 3 SUR **Ingreso** 760584 **Fecha Ingreso** 2/05/2023 8:17:09 a. m.

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA **Regimen** Subsidiado **Estrato** SUBSIDIADO 0
Nombre Acudiente SANDRA ISABEL ORTIZ **Telefono** 3113482094 **Parentesco** HIJA
Nombre Acompañante **Telefono**
FOLIO N° 29 **FECHA GRABACIÓN DE FOLIO** 2/06/2023 1:02 p. m.

MOTIVO DE LA CONSULTA

ME FRACTURE LA PIERNA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE 28 DIAS POP OS DE TIBIA IZQUIERDA CON CLAVO REFIERE ESTAR BIEN VIENE APOYANDO CON CAMINADOR

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	02/05/2023	HTA, EPOC no OR
Alérgicos	02/05/2023	Desconocidos hasta el momento
Quirúrgicos	02/05/2023	Legrado uterino

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 : 0,0 °C
Glucometría (mg/dl S02 % FI02 % Perfusion < 2 seg Estado de Conciencia : Alerta
Peso Talla IMC : PVC : mmH2O

Estado General : BUEN ESTADO GENERAL AFEBRIL NO SDR

Cabeza y Sentidos :

Cuello :

Cardio-Pulmonar-Vascular :

Abdomen :

Genito - Urinario :

Músculo - Esquelético :

PIERNA IZQUIERDA: CICATRICES QUIRURGICAS SIN SIGNOS DE INFECCION, MOVILIDAD DE RODILLA Y TOBILLO LIBRES, LEVE EDEMA EN TOBILLO

Neurológico :

Piel y Faneras :

ANÁLISIS :

PACIENTE 28 DIAS POP OS DE TIBIA IZQUIERDA CON CLAVO REFIERE ESTAR BIEN VIENE APOYANDO CON CAMINADOR, DAMOS INSTRUCCIONES RREQUIERE CITA EN 1 MES CON NUEVOS RX

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y LABORATORIO :

PLAN TERAPEUTICO :

PACIENTE 28 DIAS POP OS DE TIBIA IZQUIERDA CON CLAVO REFIERE ESTAR BIEN VIENE APOYANDO CON CAMINADOR, DAMOS INSTRUCCIONES RREQUIERE CITA EN 1 MES CON NUEVOS RX

Recomendaciones-Información y educación al paciente

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
S822	FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA		☒	Presuntivo

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **AMELIA MARIA ORTIZ ARBELAEZ**

DOCUMENTO / HISTORIA

32413522

Cama **P3306B**

Area **HOSPITALIZACION PISO 3 SUR**

Ingreso **760584**

Fecha Ingreso **02/05/2023 8:17**

FOLIO N° **29**

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

2/06/23 1:02 p. m.



Profesional: **GONZALEZ ARBELAEZ HERMAN NORBEY**

R. M.: **15436105**

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO DE SOLICITUD

2 3 0 6 0 2 6 2 6 3

FECHA:

2 0 2 3 / 0 6 / 0 2

Atención con error por la vida desde 1953

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA:

1 3 : 0 2

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA

NIT

X

CC

8 9 0 9 0 5 1 7 7

Numero

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) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS

Codigo:

EPSS40

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

ORTIZ

ARBELAEZ

AMELIA

MARIA

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

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

3 2 4 1 3 5 2 2

☐ Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte

☐ Adulto sin Identifiacio

Fecha de nacimiento:

2 0 / 0 9 / 1 9 4 5

Direccion de Residencia Habitual: CARRERA 89 N 36 A 42 B. MANRIQUE SAN BLAS

Telefono:

3 1 1 3 4 8 2 0 9 4

Departamento: ANTIOQUIA

0 5

Municipio: MEDELLIN

0 0 1

Telefono Celular:

3 1 1 3 4 8 2 0 9 4

Correo Electronico

ESTER0225RAMIREZ@GMAIL.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

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

☐ Consulta Externa

☐ Urgencias

☐ Hospitalizacion

Servicio

HOSPITALIZACION PISO 3 SUR

Cama

P 3 3 0 6 B

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS

Cantidad

Descripción

8 7 3 3 1 3
8 9 0 3 8 0

1
1

RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

Justificación Clínica: PACIENTE 28 DIAS POP OS DE TIBIA IZQUIERDA CON CLAVO REFIERE ESTAR BIEN VIENE APOYANDO CON CAMINADOR, DAMOS INSTRUCCIONES RREQUIERE CITA EN 1 MES CON NUEVOS RX

Impresion Diagnostica

CIE10

Descripcion

Dx Principal

S 8 2 2

FRACTURA DE LA DIAFISIS DE LA TIBIA

Dx relacionado1

Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita GONZALEZ ARBELAEZ HERMAN NORBEY

Telefono

Cargo Actividad ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Indicativo

Numero

Extension

Celular

Telefono: 4447192

GONZALEZ ARBELAEZ HERMAN
NORBEY



TRÁMITE INTERNO

FECHA:

02.06.23

FIRMA:

sayia SALUD EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 21754861	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD		FECHA: 2023-06-21		HORA: 11:50	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				CODIGO	EPSS40
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.					
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA				NI	890905177
Código	050010608601		Telefono 1	3187159640	
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Telefono 2	6045906901	
Dirección					
CALLE 92EE N 67-61					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN	
DATOS DEL PACIENTE					
ORTIZ		ARBELAEZ		AMELIA	MARIA
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento De identificación	CC	Número documento de identificación	32413522		Fecha de nacimiento
Dirección de Residencia Habitual		CL 107BC 27B 47 IN 105		Telefono	6042136853
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN	
Telefono celular	3115595885	Correo electrónico	ester0225ramirez@gmail.com		
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	ortopedia Y/o Traumatología (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	S822 - Fractura de la diafisis de la tibia	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890380	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA			
Observación	CONTROL 02/06/23 PACIENTE 28 DIAS POP OS DE TIBIA IZQUIERDA CON CLAVO REFIERE ESTAR BIEN VIENE APOYANDO CON CAMINADOR, DAMOS INSTRUCCIONES RREQUIERE CITA EN 1 MES CON NUEVOS RX				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	17711867		Fecha	2023-06-06	Hora
10:37					
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:			567	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		
cramirez (CLARA ELENA RAMIREZ RESTREPO)			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		

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **32.413.522**

ORTIZ ARBELAEZ

APELLIDOS

AMELIA MARIA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-SEP-1945**

ANORI
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

14-JUN-1968 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A-0100100-01075200-F-0032413522-20190514 0065347668A 1 1085395649

REGISTRO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



Código:	NUMERO INFORME: W93 197117	Fecha:	Sep.27/2023	Hora:	10:06
Versión:					

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	E.S.E. HOSPITAL VENANCIO DIAZ DIAZ				
Código:	056310220601	Nit:	800.123.106-2		
Dirección:	CRA.46B 77SUR 36				
Teléfono:	2889701	Fax:	3011315		
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:			
Municipio:	SABANETA	Código:	05		
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS	Código:	EPSS40		

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	ORTIZ		2do. Apellido:	ARBELAEZ	
1er Nombre:	AMELIA		2do. Nombre:	MARIA	
Tipo de Documento:	CEDULA		No. Documento	32.413.522	
Fecha de Nacimiento:	Sep.20/1945	Edad:	78 Años	Sexo:	FEMENINO
Dirección Residencia	CALLE 107 N°27 A B 49			Teléfono:	3226197125
Departamento:	ANTIOQUIA		Código:	05	
Municipio:	MEDELLIN		Código:	1	
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-0				

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL	Tipo de Servicios solicitados:	SERVICIOS ELECTIVOS
Prioridad de la atención:	NO PRIORITARIA	Servicio:	MEDICINA INTERNA
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	CONSULTA EXTERNA	Cama:	
Manejo Integral Según Guía:	MEDICINA INTERNA		

Seq	Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
1	890366	1	CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA
2	879301	1	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX
3	893805	1	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCO-DILA
4	895004	1	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA
5	902210	1	HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCI
6	903426	1	HEMOGLOBINA GLICOSILADA POR ANTICUERPOS MONOCLONALES
7	904904	1	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE
8	903895	1	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS
9	903026	1	MICROALBUMINURIA POR NEFELOMETRIA +
10	903816	1	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] EN EL ADULTO
11	903818	1	COLESTEROL TOTAL
12	903868	1	TRIGLICE RIDOS

Justificación Clínica: PACIENTE FEMENINA DE 78 AÑOS CON ANTECEDENTES POR HISTORIA CLINICA HTA PERO NO TIENE TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO, EXTABAQUISMO, EPOC, GLAUCOMA?, PROLAPSO GENITAL?, QUIRURGICOS FRACTURA PIE IZQUIERDO, NIEGA ALERGIA A FARMACOS, REFIERE PRESENTAR MAREOS, DEBILIDAD, FATIGA, DISNEA A MEDIANOS ESFUERZOS, TOS SECA, NIEGA EDEMA, PRESION ARTERIAL BRAZO DERECHO 130/80 mmHg, BRAZO IZQUIERDO 120/80 mmHg, SE SOLICITA REALIZAR TOMA SERIADA DE PRESION ARTERIAL POR 3 DIAS CONSECUTIVOS, REALIZAR ESPIROMETRIA, TOMOGRAFIA DE TORAX DE ALTA RESOLUCION PARA DEFINIR DIAGNOSTICO DE EPOC, PERFIL METABOLICO, CITA CONTROL RESULTADOS. CITA CONTROL CON RESULTADOS.

Diagnostico principal:	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	Código CIE10:	J449
Diagnostico relacionado 1:	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Código CIE10:	I10X
Diagnostico relacionado 2:	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	Código CIE10:	E039

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

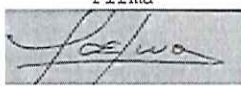
Nombre de quien reporta:	MARTINLZ GONZALEZ JOSELYN EUFMARI	Teléfono:	2889701
Registro Medico:	724283	Teléfono Celular:	
Cargo o Actividad:	MEDICINA ESPECIALIZADA		

Firma



 Hospital Venancio Díaz Díaz Unidos Por La Vida	E.S.E. HOSPITAL VENANCIO DIAZ DIAZ Nit: 800.123.106-2				
	HISTORIA CLINICA DE: MEDICINA INTERNA			Atencion:	1
				Fecha:	Sep.27/2023
Nombre:	ORTIZ ARBELAEZ AMELIA MARIA	Edad:	78 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3226197125	Estrato:	SUBSIDIADO-0		
Historia:	32413522	Id:	CC	32.413.522	
Estado Civil:	VIUDO	Hora Ate:	10:06		
Entidad:	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS				

12. TRIGLICE RIDOS,Cantidad: 1

Pagina: 2 de 2 Imprime: MERMPP	Medico:MARTINEZ GONZALEZ JOSELYN EUFMARI	Firma 
	Fecha Sistema:27/09/2023 Hora:10:31:20	

savia SALUD EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 22991066	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2023-10-12 HORA: 08:26	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				CODIGO	EPSS40
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.					
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA				NI	890905177
Código	050010608601		Telefono 1	3187159640	
Correo	agendato@lamaria.gov.co		Telefono 2	6045906901	
Dirección					
CALLE 92EE N 67-61					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN	
DATOS DEL PACIENTE					
ORTIZ		ARBELAEZ		AMELIA MARIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
Tipo Documento De Identificación		CC	Número documento de identificación	Fecha de nacimiento	
Dirección de Residencia Habitual		CL 107BC 27B 47 IN 105			1945-09-20
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLIN	
Telefono celular	3115595885		Correo electronico	ester0225ramirez@gmail.com	
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Medicina Interna (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	J449 - Enfermedad pulmonar obstructiva cronica no especificada	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
893805	1	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILADORES			
Observación	visto bueno programa epoc				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	18619166		Fecha	2023-09-29	Hora 10:09
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:				583	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		
lusugaec (LIZETH VIVIANA USUGA ECHEVERRI)			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		