



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD	2 2 1 2 2 0 9 6 8 0	FECHA:	2 0 2 2 / 1 2 / 2 0
INFORMACION DEL PRESTADOR	HORA: 1 4 : 1 3 0 0		
Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA	NIT	8 9 0 9 0 5 1 7 7	
Codigo: 0 5 0 0 1 0 6 0 8 6 0 1	CC	Numero	
Telefono: 098 4447192	Direccion:	CALLE 92 EE # 67 - 61	
Departamento: ANTIOQUIA	0 5	Municipio: MEDELLIN	0 0 1

Indicativo	Telefono
Entidad a la que se le informa (pagador) SALUD TOTAL EPS-S.A.	Codigo: EPS002

DATOS DEL PACIENTE			
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
CADAVID	PIZA	FABIOLA	DE JESUS

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	Fecha de nacimiento: 9 5 7 1 5 / 0 6 /
Direccion de Residencia Habitual: CLLE 12A SUR #53 76 INT 301		Telefono: 3 2 0 6 0 8 8 2 5 2	
Departamento: ANTIOQUIA	0 5	Municipio: MEDELLIN	0 0 1
Telefono Celular: 3 2 0 6 0 8 8 2 5 2	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	☐ Evento Catastrofico	☒ Prioritaria
☐ Enfermedad Profesional	☐ Accidente de Transito	☒ Posterior a la atencion de Urgencias	☐ No Prioritaria
		☒ Servicios Electivo	

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion		Consulta Externa
☐ Consulta Externa	☐ Urgencias	☐ Hospitalizacion
Manejo Integral segun Guia de:		Cama

Código CUPS	Cantidad	Descripción
8 9 0 2 8 2	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
8 9 0 2 2 6	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA
0 1 7 4 0 3	1	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE LÍNEA MEDIA SUPRATENTORIALES VÍA ENDOSCÓPICA
0 1 5 3 1 0	1	RESECCIÓN DE TUMOR DE LA BASE DEL CRÁNEO, FOSA MEDIA, VÍA TRANSENFENOIDAL
9 0 2 2 1 0	1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUE
9 0 2 0 4 5	1	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)
9 0 2 0 2 9	1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)

Justificación Clínica: REQUIEREABORDAJE POR OTORRINOLARINGOLOGÍAENDOSCOPIO TRANSNASAL, LENTE DE 0 Y 30PANTALLA DE VIDEOEUNAVEGADORCABEZAL DE MAYFIELD Paciente con quejas visuales. Cjo.izquierdoRMN nov.2022 macroadenoma de hipofisis con efecto compresivo sobre del quiasma optico no lo desplaza OCT normalPerfil hormonal prolactiva 53 elevada pero no limites de prolactinoma resto de perfil hormonal normalse programa para reseccion quirurgica transfenoidal con abordaje por otorrinolaringólogo . Neuronavegador ev preoperatoria por otorrinolaringologíaev preanestesiaprequirurgicos

Impresión Diagnóstica	CIB10	Descripción
Dx Principal	D 3 5 2	TUMOR BENIGNO DE LA HIPOFISIS
Dx relacionado1		
Dx relacionado2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA			
Nombre de que solicita	PEÑA PEREZ ERICK	Telefono	
Cargo Actividad	NEUROCIRUGIA	Indicativo	Numero Extension
		Celular	
		Telefono: 4447192	

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