

ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD



NUMERO DE SOLICITUD

2 3 1 2 1 3 6 9 1 0

FECHA:

2 0 2 3 / 1 2 / 1 3

HORA:

9 : 3 5

Nombre del Prestador

E.S.E. HOSPITAL LA MARIA

Código:

0 5 0 0 1 0 6 0 8 6 0 1

Telefono

098

Dirección:

NIT

X

CC

8 9 0 9 0 5 1 7 7

Numero

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.

Código:

EPS002

1er Apellido

DATOS DEL PACIENTE

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

VARGAS VALDERRAMA

JULIA INES

Tipo Documento de identificación

☐ Registro civil

☐ Cedula de extranjeria

☒ Cedula de ciudadanía

☐ Menor sin identificación

☐ Tarjeta de identidad

☐ Pasaporte

☐ Adulto sin identificación

Numero de Documento de identificación

4 3 0 9 1 4 6 9

Dirección de Residencia Habitual: CR 35B 37 28..

Fecha de nacimiento:

1 0 / 0 3 / 1 9 6 5

Departamento: ANTIOQUIA

Telefono:

3 1 7 7 3 9 7 0 9 5

Telefono Celular:

3 1 7 7 3 9 7 0 9 5

Correo Electronico

EMARTINEZ19EDISSON@GMAIL.COM

0 5

Municipio: MEDELLIN

0 0 1

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

Prioridad de la Atencion

☒ Prioritaria

☐ Enfermedad Profesional

☐ Accidente de Transito

☒ Servicios Electivo

☐ No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion

☐ Consulta Externa

☐ Urgencias

☐ Hospitalizacion

Servicio

CONSULTA EXTERNA

Consulta Externa

Cama

Manejo Integral segun Guia de:

Código CUPS

Cantidad

Descripción

8 9 0 3 5 3	1
9 0 6 4 4 0	1
9 0 6 4 3 6	1
9 0 6 8 2 9	1
9 0 6 8 3 2	1
9 0 6 9 1 0	1
9 0 6 4 6 6	1
9 0 6 4 1 7	1
9 0 3 0 1 6	1
9 0 3 0 4 4	1
9 0 6 2 2 3	1
9 0 6 2 2 1	1
9 0 3 8 1 8	1
9 0 3 8 1 7	1
9 0 3 8 1 5	1
9 0 3 8 6 8	1
9 0 3 8 4 1	1
9 0 3 4 2 6	1
9 0 2 2 1 0	1
9 0 3 8 6 6	1
9 0 3 8 6 7	1
9 0 3 8 3 3	1
9 0 3 8 3 8	1
9 0 3 8 0 3	1
9 0 2 0 4 5	1
9 0 3 8 0 9	1

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA
ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO
MÚSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO
INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO
INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO
FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO
DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
FERRITINA
SATURACIÓN DE TRANSFERRINA
Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
COLESTEROL TOTAL
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD
TRIGLICERIDOS
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUE
TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]
TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]
FOSFATASA ALCALINA
GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA
ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA

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

E.S.E. HOSPITAL LA MARIA
HISTORIA CLÍNICA
HC CONSULTA EXTERNA

Pág. 2 de 3

Paciente JULIA INES VARGAS VALDERRAMA

Area CONSULTA EXTERNA

Ingreso 965627

DOCUMENTO / HISTORIA

43091469

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

Fecha Ingreso 13/12/2023 8:50
13/12/23 9:35 a. m.

LABORATORIO:

LAB
21/11/23
CT 209 TG 265 HDL 44
GLUCOSA 92
HBA1C 6.21

CORTISOL AM 16
CORTISOL PM 6

09/08/23 (segun HC)
AST 32
ALT 29
BT 0.2
BD 0.09
AC HVC NEG
AGSHBV NEG

IMAGENES

**Eco de abdomen 23/10/23: higado de tamaño, forma y posición normal, con aumento de la ecogenicidad por esteatosis hepática moderada, no LOE, vesícula ausente, no dilatación de la vía biliar, bazo normal, riñones normales, no ascitis.

control en 2 meses
Se hace fórmula así
**Rosuvastatina 20mg día
**metformina 500mg día

PLAN TERAPEUTICO:

Recomendaciones-Información y educación al paciente

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
K760	DEGENERACION GRASA DEL HIGADO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE		☒	Presuntivo
E782	HIPERLIPIDEMIA MIXTA		☐	Presuntivo

PLAN DE TRATAMIENTO

CANTIDAD	NOMBRE	OBSERVACION
90	METFORMINA 500 MG TABLETA	tomar 1 tableta cada día, con almuerzo, fórmula x 3 meses
90	ROSUVASTATINA 20MG TABLETA	tomar 1 tableta cada noche, fórmula x 3 meses

Elizabeth Correa G

Profesional: CORREA GUTIERREZ ELIZABETH MARIA
R. M. : 43201277
HEPATOLOGÍA

HC CONSULTA EXTERNA FORMULA MEDICA

NIT 890.905.177-9

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente JULIA INES VARGAS VALDERRAMA
Edad Actual 58 Años / 9 Meses / 3 Días
Dirección CR 35B 37 28..
Procedencia MEDELLIN

Identificación 43091469
Sexo Femenino
Teléfono 3177397095

DATOS DEL INGRESO

Ingreso N° 965627

Fecha 13/12/2023 08:50

Cama

Entidad Responsable EPS002UVT - SALUD TOTAL EPS-S S.A. CONTRIBUTIVO

Nivel - Estrato CONTRIBUTIVO NIVEL A 2023

Acudiente JAZMIN GONZALEZ

Dirección

Enfermedad_General_y_Maternidad

Parentesco

Telefono 3008068217

Folio N°

1

Fecha Folio

13/12/2023 09:35

Folio Asociado

Causa externa Enfermedad_General

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

K760 - DEGENERACION GRASA DEL HIGADO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

MEDICAMENTOS POS

☐ DE CONTROL

Medicamento: A10BA02 METFORMINA 500 MG TABLETA
Concentración: 500 MG Vía Administración: Oral
Indicación: tomar 1 tableta cada día, con almuerzo, formula x 3 meses

Horas: - Dias: 90

Cantidad: 90

Medicamento: C10015 ROSUVASTATINA 20MG TABLETA
Concentración: 20MG Vía Administración: Oral
Indicación: tomar 1 tableta cada noche, formula x 3 meses

Horas: - Dias: 90

Cantidad: 90

Total Items: 2

Elizabeth Correa G

CORREA GUTIERREZ ELIZABETH MARIA
43201277
HEPATOLOGÍA

Justificación Clínica: Paciente con esteatosis hepática moderada por imágenes, asociado a dislipidemia, prediabetes, sobrepeso, asociado a MASLD sin hepatitis bioquímica, no tengo perfil hepático completo, se solicita, se solicitan resto de estudios etiológicos Con dislipidemia mixta, se inicia manejo con estatina Con prediabetes se inicia manejo con metformina Dejo control en 2 meses

Impresión Diagnóstica

CIE10

Descripción

Dx Principal

K 7 6 0

DEGENERACIÓN GRASA DEL HIGADO, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE

Dx relacionado1

E 7 8 2

HIPERLIPIDEMIA MIXTA

Dx relacionado2

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita CORREA GUTIERREZ ELIZABETH MARIA

Teléfono

Cargo Actividad HEPATOLOGÍA

Indicativo Numero Extension

Celular

Teléfono: 4447192

Elizabeth Correa G

CORREA GUTIERREZ
ELIZABETH MARIA

CONSULTA EXTERNA-ORDEN DE DIRECCIONAMIENTO

No. Autorización Fecha y Hora: 03 Feb 2024 09:05 AM

ENTIDAD REPOSABLE DEL PAGO

Salud Total EPS Código : EPS002

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento : Cedula de Ciudadanía Documento : 43091469
Nombre : JULIA INES VARGAS VALDERRAMA Fecha Nacimiento : 10 Mar 1965
Dirección : CR 35B 37 28 Telefono : 2280959
Departamento : ANTIOQUIA Municipio : Medellin
Telefono Celular : 3007588810 E-Mail : EMARTINEZ19EDISSON@GMAIL.CO
M

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre : HOSPITAL LA MARIA EMPRESA Nit : 890905177 Código : 13
SOCIAL DEL EST
Dirección : CL 92 E 68 48 Telefono : 6045906901 opc 1 y 2 whatsapp:
3187159640
Municipio : Medellin Departamento : ANTIOQUIA

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Tipo : Direccionamiento Regimen : Contributivo - POS - Evento
Motivo : Ninguno Fecha Vencimiento : 01 Ago 2024
Diagnosticos : R52.1 Nap Anterior :
Ubicación paciente : Ambulatorio No. Solicitud : 02032024027328
Origen Servicio : Enfermedad General No. Prescripción:

AUTORIZACIONES

8903530100 1 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGIA

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo Recaudo : Cuota Moderadora Valor : 0
Semanas Cotizadas : 52 Porcentaje : Valor Maximo :

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : DeicyZR Cargo o Actividad : Cargo General
Telefono : Telefono :
Telefono Celular : Dirección :
Ips que prescribe :

OBSERVACIONES

