



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 2 4 0 7 1 6 4 1 5 1 FECHA: 2 0 2 4 / 0 7 / 1 6

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA: 1 2 : 5 9

Nombre:	E.S.E. HOSPITAL LA MARIA										NIT	X	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) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS CONTRIBUTIVO Codigo: EPS040

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
PIZA	GONZALEZ	CLAUDIA	MONICA

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil ☐ Cedula de extranjeria ☒ Cedula de ciudadania ☐ Menor sin identificacion 4 3 0 9 2 8 8 6

☐ Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte ☐ Adulto sin Identifiacio Fecha de nacimiento: 3 / 0 4 / 1 9 6 5

Direccion de Residencia Habitual: CALLE 53 N 31-24 Telefono: 3 1 2 7 4 9 4 0 5 9

Departamento: ANTIOQUIA 0 5 Municipio: MEDELLIN 0 0 1

Telefono Celular: 3 1 2 7 4 9 4 0 5 9 Correo Electronico sincorreos@dominio.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 ☒ Prioritaria ☐ No Prioritaria
☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente de Transito ☒ Servicios Electivo

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 0 7 6 0 3	1 ,	SINOVECTOMIA DE RODILLA PARCIAL POR ARTROSCOPIA OK
8 1 4 7 2 5	1 ,	Condroplastia De Abrasion Para Zona Patelar Por Artroscopia
8 0 2 6 0 1	1 ,	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE RODILLA
8 9 0 2 2 6	1 ,	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA anestesiologo
9 0 2 2 1 0	1 ,	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQU
9 0 2 0 4 5	1 ,	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP] Adilab.
9 0 2 0 4 9	1 ,	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
9 0 3 8 4 1	1 ,	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
9 0 3 8 9 5	1 ,	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS metrosalud.
8 9 5 1 0 0	1 ,	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
8 7 1 1 2 1	1 ,	RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA O AP Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL) CON BARIO Piloto

Justificación Clínica: PACIENTE CON CIRUGÍAS E INCLUSO REVISIÓN DE ALINEACIÓN PATELOFEMORAL BILATERAL QUE SE ENCUENTRA LIMITADA PARA LAS ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA. HA TENIDO POBRE RESPUESTA A LA VISCOSUPLEMENTACIÓN Y EN IMAGENES SE CONSERVA ADECUADA ALINEACIÓN EN EL PRANO CORONAL POR LO CUAL AMERITA REALIZAR ARTROSCOPIA PARA CONDRÓPLASTIA ABRASIVA Y DIAGNÓSTICA DE LA RODILLA IZQUIERDA CON SINOVECTOMIA PARCIAL ARTROSCÓPIA. SE ORDENAN PREQUIRÚRGICOS Y PREANESTESIA.

Impresion Diagnostica CIE10 Descripcion
Dx Principal M 1 7 0 GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL
Dx relacionado1
Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita GARICANO CARLOS HERNANDO Telefono
Cargo Actividad ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA Indicativo Numero Extension

20242100009331452
16-07-2024