



ANEXO TÉCNICO No. 3  
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 2 4 0 7 0 9 2 1 1 6 FECHA: 2 0 2 4 / 0 7 / 0 9

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA: 1 0 : 3 2

|                                  |                                  |                     |                   |        |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------|-------------------|--------|
| Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA | NIT CC                           | X                   | 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) COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO Codigo: EPSS42

DATOS DEL PACIENTE

|              |              |            |            |
|--------------|--------------|------------|------------|
| 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre |
| MENA         | COSSIO       | YEFERSON   |            |

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

☐ Registro civil ☐ Cedula de extranjeria ☒ Cedula de ciudadanía ☐ Menor sin identificacion 7 1 9 8 8 2 6 9

☐ Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte ☐ Adulto sin Identifiacio Fecha de nacimiento: 2 7 / 0 8 / 1 9 7 9

Direccion de Residencia Habitual: CARRERA 16 N 23 -40 Telefono: 6 0 4 8 5 2 2 3 2 3

Departamento: ANTIOQUIA 0 5 Municipio: TURBO 8 3 7

Telefono Celular: 6 0 4 8 5 2 2 3 2 3 Correo Electronico dacava281991@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 Tipo de servicio Solicitado Prioridad de la Atencion  
☒ Enfermedad General ☐ Accidente de Trabajo ☐ Evento Catastrofico ☐ Posterior a la atencion de Urgencias ☒ Prioritaria  
☐ Enfermedad Profesional ☐ Accidente de Transito ☒ Servicios Electivo ☐ No Prioritaria

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                                                                                                       |
|-------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9 0 2 2 1 0 | 1 ,      | HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQU |
| 9 0 2 0 4 5 | 1 ,      | TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]                                                                                        |
| 9 0 2 0 4 9 | 1 ,      | TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]                                                                            |
| 8 9 0 2 2 6 | 1 ,      | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA                                                        |
| 8 3 8 8 3 0 | 1 ,      | TENODESIS                                                                                                         |
| 8 2 5 3 0 5 | 1 ,      | TRANSFERENCIA DE EXTENSOR DEL PULGAR                                                                              |
| 7 7 8 3 0 2 | 1 ,      | RESECCIÓN DE EPÍFISIS DE CÚBITO                                                                                   |

Justificación Clínica: PACIENTE CON ARTRODESIS Y SAUVE KAPANDJI QUE PRODUCE DOLOR DE ROCE Y REQUIERE ESTABILIZACIÓN CON TENODESIS SUMADO AL RETIRO DE MTERIAL. EN MUÑECA DERECHA. SE SOLICITA PARA PROGRAMACIÓN AMBULATORIA DR. GARICANO. RECUPERO LA SUPINACIÓN. PROGRAMAR PRIORITARIAMENTE DR. GARICANO.

Impresion Diagnostica

CIE10

Descripcion

Dx Principal T 9 2 2

SECUELAS DE FRACTURA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO

Dx relacionado1 M 1 9 1

ARTROSIS POSTRAUMATICA DE OTRAS ARTICULACIONES

Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita GARICANO CARLOS HERNANDO Telefono

Cargo Actividad ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA Indicativo Numero Extension

Celular

Telefono: 4447192

*Garicano*  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
16611-1235238369

GARICANO CARLOS HERNANDO

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