

✎ Compose

- 📁 Inbox 127
- ☆ Starred
- 🕒 Snoozed
- Sent
- 📁 Drafts 14
- ▼ More

Labels +

① Upgrade →

Solicitud de cita otorrinolaringología Inbox x

**C** **Cristian Atehortua** <cristianatehortuac80@gmail.com> Tue, Aug 12, 3:52 PM ☆ 📧 ↶ ⋮  
to agendate, atenusuario, edernavarro996@gmail.com ▼

Buenas tardes, el presente correo es para solicitar una cita de otorrinolaringología para el usuario Eder Luis Navarro Gutierrez identificado con cédula de ciudadanía 98598098 quien ha intentado solicitar la cita tanto por teléfono como por whatsapp y no le ha sido posible acceder a ella, lo que le ha causado dificultades y no le ha permitido disfrutar de su vida de una forma plena.

Solicitamos por este medio la asignación de la cita. Y quedamos atentos a su respuesta.

Adjuntamos foto de la autorización del servicio.

*Cristian Atehortua Castaño.  
Profesional de Enlace del programa Medellín Te Quiere Saludable de la Secretaría de Salud de Medellín.*

2 Attachments • Scanned by Gmail 🕒 📎 Add all to Drive





ANEXO TÉCNICO No. 2  
MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIO

NÚMERO DE SOLICITUD 2505191915 FECHA

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

|          |                          |                         |
|----------|--------------------------|-------------------------|
| Nombre:  | E.S.E. HOSPITAL LA MARIA |                         |
| Código:  | 050010608601             | Dirección:              |
| Teléfono | 098 4447192              | Departamento: ANTIOQUIA |

Indicativo

Teléfono

Entidad a la que se le informa (pagador) COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO

Código: EPSS42

DATOS DEL PACIENTE

|              |              |            |            |
|--------------|--------------|------------|------------|
| 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre |
| NAVARRO      | GUTIERREZ    | EDER       | LUIS       |

Tipo Documento de identificación

Número de Documento de identificación

|                                               |                                                |                                                          |                                                   |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Registro civil       | <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería | <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía | <input type="checkbox"/> Menor sin identificación |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad | <input type="checkbox"/> Pasaporte             | <input type="checkbox"/> Adulto sin identificación       | Fecha de nacimiento: 4/12/1973                    |

Dirección de Residencia Habitual: CALLE 54 64 53

Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: MEDELLIN 001

Teléfono Celular: 3135010806 Correo Electrónico: SINCORREO@SINDOINIO.COM

|                    |                                                              |                                                                  |                                                                  |                                      |
|--------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Cobertura en salud | <input type="checkbox"/> Régimen Contributivo                | <input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado Parcial              | <input type="checkbox"/> Población Pobre No Asegurada sin SISBEN | <input type="checkbox"/> Desplazados |
|                    | <input checked="" type="checkbox"/> Régimen subsidiado-Total | <input type="checkbox"/> Población pobre No Asegurada con SISBEN | <input type="checkbox"/> Plan Adicional de Salud                 | <input type="checkbox"/> Otros       |

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

|                                                        |                                                               |                                                 |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Origen de la Atención                                  | Tipo de servicio Solicitado                                   | Prioridad de la Atención                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General | <input type="checkbox"/> Posterior a la atención de Urgencias | <input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional        | <input checked="" type="checkbox"/> Servicios Electivo        | <input type="checkbox"/> No Prioritaria         |

Ubicación Del Paciente al momento de la solicitud de Autorización

|                                           |                                    |                                          |                                                                |
|-------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Consulta Externa | <input type="checkbox"/> Urgencias | <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Servicio PROGRAMA ESPECIAL - COOSALUD |
|-------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

Consulta Externa

Cama

Manejo Integral según Guía de:

| Código CUPS | Cantidad | Descripción                                                                 |
|-------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 890282      | 1        | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA - 11035656 |

Justificación Clínica: Paciente masculino de 51 años, con antecedentes de hipoacusia definitiva oído derecho usuario de audífonos, consulta para cambio de auriculares porque ya no transmiten en sonido, en ocasiones no encienden. Adjunto historia de otorrinolaringólogo 13/07/2024: OTOSCOPIA OÍDO DERECHO: CONDUCTO AUDITIVO ETERNO SIN LESIONES MEMBRANATÍMPANICA INTEGRAL OÍDO IZQUIERDO: CONDUCTO AUDITIVO ETERNO SIN LESIONES MEMBRANATÍMPANICA INTEGRAL ACUMETRIA 256 Y 512 OD NO PECIBE DIAPASONES, OÍ RINNE POSITIVO. WEBER A LA IZQUIERDA. RINOSCOPIA. SEPTO FUNCIONAL. CORNETES EUTRÓFICOS, NOD ESCARGAS MEATALES, NO MASASCAVIDAD ORAL- OROFARINGE: LENGUA SIN LESIONES, MOVIL, AMIGDALAS GRAD 0 I, NO ESCURRIMIENTO POSTERIOR CUELLO SIN MASAS NI LESIONES. Al examen físico, paciente en buenas condiciones generales, estable hemodinámicamente, sin signos de dificultad respiratoria, signos vitales en metas, sin otros hallazgos significativos. Por lo anterior solicito valoración por otorrinolaringología

|                       |       |                                                    |
|-----------------------|-------|----------------------------------------------------|
| Impresión Diagnóstica | CIE10 | Descripción                                        |
| Dx Principal          | H905  | HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN |
| Dx relacionado1       |       |                                                    |
| Dx relacionado2       |       |                                                    |

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA

|                        |                         |                   |  |
|------------------------|-------------------------|-------------------|--|
| Nombre de que solicita | JULIO SUÁREZ FABIO LUIS | Teléfono          |  |
| Cargo Actividad        | MEDICINA GENERAL        | Indicativo        |  |
|                        |                         | Número            |  |
|                        |                         | Extensión         |  |
|                        |                         | Celular           |  |
|                        |                         | Teléfono: 4447192 |  |

JULIO SUÁREZ FABIO LUIS





ANEXO TÉCNICO No. 3  
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL  
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

2 5 0 5 1 9 1 9 1 5

FECHA:

2 0 2 5 / 0 5 / 1 9

HORA:

1 4 : 0 9

INFORMACION DEL PRESTADOR

NIT  
CC

8 9 0 9 0 5 1 7 7

Numero

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA

CALLE 92 EE # 67 - 61

Codigo:

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

Direccion:

Telefono

098

4447192

Departamento: ANTIOQUIA

0 5

Municipio: MEDELLIN

0 0 1

Indicativo

Telefono

Codigo:

EPSS42

Entidad a la que se le informa (pagador) COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

NAVARRO

GUTIERREZ

EDER

LUIS

Numero de Documento de identificacion

Tipo 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 8 5 9 8 0 9 8

4 / 1 2 / 1 9 7 3

Telefono:

3 1 3 5 0 1 0 8 0 6

Direccion de Residencia Habitual: CALLE 54 64 53

Departamento: ANTIOQUIA

0 5

Municipio: MEDELLIN

Telefono Celular:

3 1 3 5 0 1 0 8 0 6

Correo Electronico SINCORREO@SINDOINIO.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

☐ Enfermedad Profesional

☐ Accidente de Transito

Tipo de servicio Solicitado

☐ Posterior a la atencion de Urgencias

☒ Servicios Electivo

Prioridad de la Atencion

☒ Prioritaria

☐ No Prioritaria

Consulta Externa

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion

☐ Consulta Externa

☐ Urgencias

☐ Hospitalizacion - Servicio

PROGRAMA ESPECIAL - COOSALUD

Cama

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS

Cantidad

Descripción

8 9 0 2 8 2 1

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA

- 11035656

Justificación Clínica: Paciente masculino de 51 años, con antecedentes de hipoacusia definitiva oído derecho usuario de audífonos. consulta para cambio de auriculares porque ya no transmiten en sonido, en ocasiones no encienden. Adjunto historia de otorrinolaringólogo 13/07/2024: OTOSCOPIA OÍDO DERECHO: CONDUCTO AUDITIVO ETERNO SIN LESIONES MEMBRANATIMPANICA INTEGRAACUMETRIA 256 Y 512 OD NO PECIBE DIAPASONES, OI RINNE POSIIVO. WEBER A LA IZQUIERDA. RINOSCOPIA. SEPTO FUNCIONAL. CORNETES EUTROFICOS, NOD ESCARGAS MEATALES, NO MASASCAVIDAD ORAL- OROFARINGE: LENGUA SIN LESIONES, MOVIL, AMIGDALAS GRAD O I, NO ESCURRIMIENTO POSTEIORCUELLO SIN MASAS NI LESIONESAl examen fisico, paciente en buenas condiciones generales, estable hemodinamicamente, sin signos de dificultad respiratoria, signos vitales en metas, sin otros hallazgos significativos.por lo anterior solicito valoracion por otorrinolaringologia

Impresion Diagnostica

CIE10

Dx Principal

H 9 0 5

Dx relacionado1

Dx relacionado2

Descripción

HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita JULIO SUÁREZ FABIO LUIS

Cargo Actividad MEDICINA GENERAL

Telefono

Indicativo

Numero

Extension

Celular

Telefono: 4447192

JULIO SUÁREZ FABIO LUIS