



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 2 3 0 5 1 9 2 7 2 9 FECHA: 2 0 2 3 / 0 5 / 1 9

Regístrate con unirse por la vida desde 1923

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA: 1 3 : 4 7

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA	NIT CC	X	8 9 0 9 0 5 1 7 7
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) ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS	Codigo: EPSS40
---	----------------

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
MORALES	ZAPATA	ANA	FRANCISCA

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

Registro civil Cedula de extranjeria Cedula de ciudadanía Menor sin identificacion
 Tarjeta de identidad Pasaporte Adulto sin Identifiacio

2 2 2 2 5 4 7 7

Direccion de Residencia Habitual: LA QUINTA Y LOS POMOS Fecha de nacimiento: 9 / 0 2 / 1 9 4 2

Departamento: ANTIOQUIA 0 5 Municipio: ITUANGO Telefono: 3 0 1 4 6 7 1 4 0

Telefono Celular: 3 0 1 4 6 7 1 4 0 Correo Electronico: ---@NOTIENE.COM 3 6 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 Enfermedad Profesional Accidente de Transito
 Tipo de servicio Solicitado Posterior a la atencion de Urgencias Servicios Electivo
 Prioridad de la Atencion Prioritaria No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion Consulta Externa Urgencias Hospitalizacion Servicio CONSULTA EXTERNA
 Manejo Integral segun Guia de: Consulta_Externa Cama

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 9 0 3 4 0	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR
8 8 2 3 1 7	1	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES
8 8 1 2 0 2	1	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO

Justificación Clínica: Paciente con insuficiencia venosa crónica, no tiene dúplex reciente, se solicita dúplex venoso de ambos miembros inferiores para estudio de insuficiencia venosa y cita con resultados. Se dan instrucciones para uso de medias de gradiente

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripcion
Dx Principal	1 8 7 2	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)
Dx relacionado1		
Dx relacionado2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita ANAYA MARTINEZ MARLON	Telefono
Cargo Actividad CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGIA	Indicativo Numero Extension
	Celular
	Telefono: 4447192

Dr. Marlon Anaya Martínez
Especialista Cirujía Vascular y Endovascular
Cirujía General
Universidad de Antioquia
R.M. 5-1160-08

ANAYA MARTINEZ MARLON