



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
Solicitud de autorización de servicios de salud  
Anexo Técnico 3

Número de Solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha: 10 / 07 / 2023 Hora: \_\_\_\_\_  
 INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante) NIT: X 890.905.177-9  
 Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL LA MARÍA" C.C. DV  
 Código: 0500106086 01 Dirección Prestador: Calle 92 EE # 67 - 61  
 Teléfono: 4 2677511 Departamento: 05 Municipio: 001 1031234230  
 indicativo Número ANTIOQUIA MEDELLÍN  
 ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR) CÓDIGO

DATOS DEL PACIENTE  
 1er. Apellido: González 2do. Apellido: González 1er. Nombre: Esteban 2do. Nombre: \_\_\_\_\_  
 Tipo Documento de Identificación: Registro: Civil Pasaporte  
 Tarjeta de Identidad Adulto sin Identificación Número Documento de Identificación  
 Cédula de Ciudadanía Menor sin Identificación Fecha de Nacimiento  
 Cédula de Extranjería  
 Dirección de Residencia Habitual: San Cristóbal Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Departamento: ANTIOQUIA Municipio: Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

COBERTURA EN SALUD  
 Régimen Contributivo:  Régimen Subsidiado, Parcial Población pobre No asegurada sin SISBEN Plan adicional de Salud  
 Régimen Subsidiado - Total Población pobre No asegurada con SISRFN Desplazado Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS  
 Origen de la Atención Tipo de Servicio Solicitados Prioridad de la Atención  
 Enfermedad General Accidente de trabajo Evento Catastrófico Posterior a la atención inicial de urgencias Prioritaria  
 Enfermedad Profesional Accidente de tránsito Servicios Electivos No Prioritaria

Unificación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización:  
 Consulta Externa Hospitalización Servicio Cama:  
 Urgencias

Manejo integral según Guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
1 890330	1	Control de...
2 931000	10	Terapia Física
3		2x hombro izquierdo
4		
5		
6		
7		

Justificación Clínica: Ver historia clínica

Impresión Diagnóstica	Código CIE 10	Descripción
Diagnóstico Principal	S423	Fractura de hueso
Diagnóstico Relacionado 1		
Diagnóstico Relacionado 2		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA  
 Nombre de quien solicita: \_\_\_\_\_ Indicativo: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_  
 Cargo o Actividad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
 Registro: \_\_\_\_\_

Gustavo Vela Castillo  
 Ortopedia y Traumatología  
 UdeA. R.M. 52934-07



# EVOLUCIÓN MÉDICA

Historia No. 1035234230

García Eraldo  
Primer apellido ; Segundo apellido

Eduardo  
Nombres

Servicio

Cama

## ORDENAMIENTO

- |   |   |
|---|---|
| 1. Especialidad   | 6. Exámenes de laboratorio                      |
| 2. Información dada por el paciente                             | 7. Plan de manejo                               |
| 3. Signos Vitales   | 8. Justificación de hospitalización (si aplica) |
| 4. Examen físico  | 9. Firma y sello del médico responsable         |
| 5. Diagnóstico(s) principal y secundarios de trabajo y análisis |   |

FECHA				DETALLE
DIA	MES	AÑO	HORA	
10	07	23		ORTOPEDIA
				Paciente de 57 años - nacido San Andrés
				Fractura de humero
				Plc quien sigue acc. de Lucas et al
				con fractura en humero izquierdo
				requiere CX de OS 14/06/2023
				Rx: Bases articulares
				FC 94
				Humero izquierdo con fractura simple
				son de fractura no desplazada
				Rx: Fractura humero
				Plan: Alta control en 1 mes.
				Terapia Fisi 10 Sesiones
				Rx humero izquierdo
				Inc en p...
				Incapacidad de 30 días desde
				11 Julio 2023
				<b>Gustavo Vega Castilla</b> Ortopedia y Traumatología U. de A. R.M. 52934-07

**SOLICITUDES - CERTIFICADOS - INCAPACIDADES**  
**TRABAJAMOS CON AMOR POR LA VIDA**

Fecha: 10/07/2023 Nombres y Apellidos: Esteban García B.I. Gradati

CC. 1035234230

Se da prorroga de incapacidad

x 30 días

Desde 11 Julio 2023

hasta 09 Agosto 2023

Dx: S427

**Gustavo Vela Castillo.**  
Ortopedia y Traumatología  
U. de A. R.M. 52934-07

Firma y Sello del funcionario