



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

2	2	0	4	2	8	6	4	6	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 FECHA:

2	0	2	2	/	0	4	/	2	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA:

8	:	5	4
---	---	---	---

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA		NIT	X	8 9 0 9 0 5 1 7 7																	
Codigo: <table border="1"><tr><td>0</td><td>5</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>6</td><td>0</td><td>8</td><td>6</td><td>0</td><td>1</td></tr></table>		0	5	0	0	1	0	6	0	8	6	0	1	Direccion: CALLE 92 EE # 67-61		Numero					
0	5	0	0	1	0	6	0	8	6	0	1										
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 TPS SAS SAVIA SALUD EPS Codigo: EPSS40

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
CAICEDO	ORTIZ	ANA	SILVIA

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

Registro civil Cedula de extranjeria Cedula de ciudadania Menor sin identificacion

2	1	4	3	8	3	0	7
---	---	---	---	---	---	---	---

Tarjeta de identidad Pasaporte Adulto sin Identificacio Fecha de nacimiento:

9	6	4	/	1	6	/	0	3	/
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Direccion de Residencia Habitual: CLLE URIBE URIBE Telefono:

0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---

Departamento: ANTIOQUIA

0	5
---	---

 Municipio: AMAGA

0	3	0
---	---	---

Telefono Celular:

0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---

 Correo Electronico

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 Consulta_Externa Cama

--	--	--	--

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción								
<table border="1"><tr><td>8</td><td>9</td><td>0</td><td>3</td><td>8</td><td>0</td></tr></table>	8	9	0	3	8	0	<table border="1"><tr><td>1</td><td>.</td></tr></table>	1	.	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
8	9	0	3	8	0					
1	.									

Justificación Clínica: PACIENTE CON CUADRO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR SOBRE LA RODILLAS BILATERALMENTE DE MAYOR INTENSIDAD EN LA DERECHA. TRAE RNM DE RODILLA DERECHA QUE REPORTA ARTROSIS TRICOMPARTIMENTAL GRADO IV QUISTES SUBCONDRALES - DESGARRO MULTIDIRECCIONASL DEL MENSICO MEDIALPACIENTE CANDIDATA A REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA DERECHASE REMITE CON DR CARLOS GARICANO

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripcion				
Dx Principal	<table border="1"><tr><td>M</td><td>1</td><td>7</td><td>0</td></tr></table>	M	1	7	0	GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL
M	1	7	0			
Dx relacionado1	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
Dx relacionado2	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita MESA MARTIN	Telefono								
Cargo Actividad ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	Indicativo	Numero	Extension						
	Celular	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							
Telefono: 4447192									

MESA MARTIN

TRÁMITE INTERNO
FECHA: 28-4-22
FIRMA: *Alzabet*



E.S.E. HOSPITAL LA MARIA
HISTORIA CLÍNICA
HC CONSULTA EXTERNA

LES

ANA SILVIA GAICEDO ORTIZ

DOCUMENTO / HISTORIA **21438307**

57 Años 10 Meses 125 Días Sexo Femenino

Estado Civil Soltero

acimiento 03/08/1964

Dirección CLLE URIBE URIBE

Teléfono 3116218003 -314869432

Area CONSULTA EXTERNA

Ingreso 403418

Fecha Ingreso 28/04/2022 8:21:18 a. m.

OS DE AFILIACIÓN

Alfidad ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA Regimen Subsidiado

Estrato SUBSIDIADO NIVEL 1 2022

SALUD EPS

Nombre Accidente

Telefono

Parentesco

Nombre

Telefono

Acompañante

FOLIO N° 2

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO 28 de abril de 2022

MOTIVO DE LA CONSULTA

DOLOR EN RODILLA DERECHA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON CUADRO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR SOBRE LA RODILLAS BILATERALMENTE DE MAYOR INTENSIDAD EN LA DERECHA
 TRAE RNM DE RODILLA DERECHA QUE REPORTA ARTROSIS TRICMPARITMENTAL GRADO IV QUISTES SUBCONDRALES - DESGARRO MULTIDIRECCIONASL DEL MENSICO MEDIAL
 PACIENTE CANDIDATA A REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA DERECHA
 SE REMITE CON DR CARLOS GARICANO

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza y Sentidos;
 Tórax-Cardio-Pulmonar;
 Abdomen;
 Genito - Urinario;
 Músculo - Esquelético;
 Neurológico;
 Piel y Fierres;

EXAMEN FISICO

Signos Vitales

TA: / mm Hg TAM: mm Hg FC: x min FR: x min Dolor No Temperatura: 0,0 °C
 Glucemia mg/dl S02 % F102 % Perfusión < 2 seg Estado de Conciencia: Alerta
 Peso Talla IMC: PVC: mmH2O

Estrato General;
 Cabeza y Sentidos;

Cuello;

Cardio-Pulmonar-Vascular;

Abdomen;

Genito - Urinario;

Músculo - Esquelético;

Neurológico;

Piel y Fierres;

ANALISIS:

PACIENTE CON CUADRO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR SOBRE LA RODILLAS BILATERALMENTE DE MAYOR INTENSIDAD EN LA DERECHA.
 TRAE RNM DE RODILLA DERECHA QUE REPORTA ARTROSIS TRICMPARITMENTAL GRADO IV QUISTES SUBCONDRALES - DESGARRO MULTIDIRECCIONASL DEL MENSICO MEDIAL
 PACIENTE CANDIDATA A REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA DERECHA
 SE REMITE CON DR CARLOS GARICANO

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y

LABORATORIO;

PLAN TERAPEUTICO;

PACIENTE CON CUADRO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN DOLOR SOBRE LA RODILLAS BILATERALMENTE DE MAYOR INTENSIDAD EN LA DERECHA.
 TRAE RNM DE RODILLA DERECHA QUE REPORTA ARTROSIS TRICMPARITMENTAL GRADO IV QUISTES SUBCONDRALES - DESGARRO MULTIDIRECCIONASL DEL MENSICO MEDIAL
 PACIENTE CANDIDATA A REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA DERECHA
 SE REMITE CON DR CARLOS GARICANO

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD NOMBRE

OBSERVACIONES

PRINCIPAL

TIPO



ANEXO TÉCNICO No. 4

NUMERO DE AUTORIZACION: 17770941

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FECHA: 2022-05-09

HORA: 16:55

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S A S			CODIGO	EPSS40
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)						
Nombre				Tipo Documento	Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA				NI	890905177	
Código	050010608601	Dirección				
Teléfono	5904485	CL 92EE N 67 61				
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN			
DATOS DEL PACIENTE						
CAICEDO		ORTIZ		ANA		SILVIA
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre
Tipo Documento De Identificación	CC	Numero documento de identificación	21438307		Fecha de nacimiento	1964-06-03
Dirección de Residencia Habitual				CLLE URIBE URIBE	Teléfono	6048472694
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	AMAGA			
Teléfono celular	3114169307	Correo electrónico				
SERVICIOS AUTORIZADOS						
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:						Cama
Servicio	Ortopedia Y/O Traumatología (Consulta Ext.)			Diagnostico Principal	M170 - GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL	
Manejo integral según Guía de						
Código CUPS	Cantidad	Descripción				
890380	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA				
Observación	ok					
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	14700424			Fecha	2022-05-09	Hora 10 52
PAGOS COMPARTIDOS						
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0 %		
Mantención de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:				579	Reclamo de tiquete, bono o vale de pago	
Recaudado del prestador:						
Cobro cobro:						
Cuota de		Valor en pesos	Porcentaje %			
Exento cobro		0	0 %			
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA						
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad			
Icardonc (LUISA FERNANDA CARDONA CARTAGENA)			AUTORIZADOR SAVIASALUD			
La autorización esta sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días			
Entidad de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683			