

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.039.086.986**

DAVID SANTANA
APELLIDOS

GALEANO
NOMBRES

GALEANO
FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-ENE-2007**

NECOCLI
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

20-ENE-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

09-NOV-2016 NECOCLI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **M**
G S RH SEXO


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-0119200-00873743-M-1039086986-20161227 0052846999A 1 47261187

savía SALUD EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 24391656	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD				FECHA: 2024-02-27	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				CODIGO	EPSS40
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.					
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre			Tipo Documento	Número documento	
ESE HOSPITAL LA MARIA			NI	890905177	
Código	050010608601		Telefono 1	3187159640	
Correo	agendate@lamaria.gov.co		Telefono 2	6045906901	
Dirección					
CL 92EE # 67-61					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	MEDELLÍN	
DATOS DEL PACIENTE					
1er Apellido		DAVID		1er Nombre	GALEANO
2do Apellido		SANTANA		2do Nombre	
Tipo Documento De Identificación	TI	Número documento de identificación	1039086986		Fecha de nacimiento
					2007-01-20
Dirección de Residencia Habitual			Teléfono		
CL # - M 13 C 17					
Departamento	ANTIOQUIA		Municipio	APARTADO	
Teléfono celular	3234845083	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Cirugía Maxilofacial (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	T902 - Secuelas de fractura del craneo y de huesos faciales	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
767905	1	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PARED MEDIAL DE ORBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO			
767904	1	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ORBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO			
Observación	VoBo Auditoria 27-02-2024.				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN		19743583		Fecha	2024-02-27
				Hora	07.35
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			717	Reclamo de tickete, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro:					
Cuota		Cuota de		Valor en pesos	0
Copago		Exento cobro		Porcentaje %	0 %
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
jbarrerv (JOHN JAIRO BARRERA VALENCIA)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas			La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días		
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS			018000423683		

Para tramitar transportes terrestres (del servicio ya autorizado) debe presentar:

- Recordatorio de cita Impreso, emitido por la IPS (clínica que lo va a atender)
- Historia clínica (tenga relación con el servicio al que va a asistir)
- Orden médica o anexo 3
- Documento de identidad del Afiliado y copia del documento del acompañante (cuando aplique para la edad o condición clínica).

savía SALUD EPS		ANEXO TÉCNICO No. 4		NUMERO DE AUTORIZACION: 24640571	
AUTORIZACION DE SERVICIOS Y/O DIRECCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD		FECHA: 2024-03-20		HORA: 07:57	
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL					
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				CODIGO	EPSS40
ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S.					
INFORMACION DEL PRESTADOR (autorizado)					
Nombre				Tipo Documento	Número documento
ESE HOSPITAL LA MARIA				NI	890905177
Código	050010608601	Telefono 1	3187159640		
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2	6045906901		
Dirección					
Calle 92EE # 67 - 61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLÍN		
DATOS DEL PACIENTE					
DAVID	SANTANA	GALEANO			
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre		
Tipo Documento De Identificación	TI	Número documento de identificación	1039086986	Fecha de nacimiento	2007-01-20
Dirección de Residencia Habitual				Telefono	
CL # - M 13 C 17					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	APARTADO		
Telefono celular	3234845083	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Cirugía Maxilofacial (Consulta Ext)	Diagnostico Principal	T902 - Secuelas de fractura del craneo y de huesos faciales		
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
890282	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA			
Observación	13/02/24				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	19855278	Fecha	2024-03-11	Hora	15:36
PAGOS COMPARTIDOS					
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago:				0 %	
Semana de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización:			720	Reclamo de tickete, bono o vale de pago	
Recaudo del prestador:					
Aplica cobro:					
Cuota	Cuota de	Valor en pesos	Porcentaje %		
Copago	Exento cobro	0	0 %		
INFORMACION DE LA PERSONA QUE AUTORIZA					
Nombre de quien autoriza			Cargo o actividad		
yyanezte (YADYS YANETH YANEZ TEJADA)			AUTORIZADOR SAVIASALUD		
Toda autorización está sujeta a pertinencia por el área de Cuentas Medicas		La vigencia de la autorización de acuerdo con la tecnología es: 180 días			
Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS		018000423683			

Original

SAVIA SALUD EPS

Página 1 de 1

Para tramitar transportes terrestres (del servicio ya autorizado) debe presentar:

- Recordatorio de cita Impreso, emitido por la IPS (clínica que lo va a atender)
- Historia clínica (tenga relación con el servicio al que va a asistir)
- Orden médica o anexo 3
- Documento de identidad del Afiliado y copia del documento del acompañante (cuando aplique para la edad o condición clínica).

NOTA: El transporte se tramita 8 días antes de la programación de la cita.



**ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL**



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD **2 4 0 2 1 3 1 3 3 8** FECHA: **2 0 2 4 / 0 2 / 1 3**

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA: **1 4 : 5 8**

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA		NIT	X	8	9	0	9	0	5	1	7	7
Codigo: 0 5 0 0 1 0 6 0 8 6 0 1		CC		Numero								
Telefono: 098		Direccion: CALLE 92 EE # 67 - 61										
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
GALEANO		DAVID	SANTANA

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 Identificacio

Fecha de nacimiento: **2 0 / 0 1 / 2 0 0 7**

Direccion de Residencia Habitual: **NECOCLI VILLA SONIA** Telefono: **3 2 2 5 6 4 1 8 3 6**

Departamento: **ANTIOQUIA** Municipio: **NECOCLI**

Telefono Celular: **3 2 2 5 6 4 1 8 3 6** Correo Electronico: **SINCORREO@SINDOMINIO.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
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Evento Catastrofico	<input type="checkbox"/> Posterior a la atencion de Urgencias <input checked="" type="checkbox"/> Servicios Electivo	<input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria <input type="checkbox"/> No Prioritaria
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> Accidente de Transito		

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion **Consulta Externa**

Consulta Externa
 Urgencias
 Hospitalizacion
 Servicio **CONSULTA EXTERNA**

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
7 6 7 9 0 4	1	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ÓRBITA Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO
7 6 7 9 0 5	1	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PARED MEDIAL DE ÓRBITA Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO
8 9 0 2 8 2	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA
8 9 0 2 2 6	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA
9 0 2 2 1 0	1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUE
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 0 3	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL
8 9 0 2 2 2	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA

TRÁMITE INTERNO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL LA MARÍA
 MEDELLÍN-COLIMBA
 FECHA: **13-2-24**
 FIRMA: *flizabeth*

Justificación Clínica: CUADRO CLINICO DE 14 MESES DE EVOLCION POSTERIOR A ACCIDENTE DE TRANSITO CON POLITRAUMA, FRACTURAS FACIALES MULTIPLES QUE NO RECIERON MANEJO QUIRURGICO. VIENE AHORA PARA MANEJO DE SECUELAS. EL PACIENTE NO REFIERE ALTERACION FUNCIONAL MASTICATORIA O RESPIRATORIA, REFIERE VER EN OCASIONES "MANCHAS NEGRAS" CON OJO IZQUIERDO. LA MADRE REFIERE QUE ASISTEN A ESTA CITA PARA VALORACION DE TOMOGRAFIA DE CARA Y QUE NOTA QUE AL PACIENTE SE LE HA DESVIADO LA MANDIBULA, QUE EL OJO IZQUIERDO SE NOTA DPRIMIDO, LA NARIZ DEFORMADA Y EL POMULO HUNDIDO. VALORADO POR OFTALMOLOGIA QUIEN ESTA E PORCESO DE DESCARTAR GLAUCOMA EN OJO IZQUIERDO. PACIENTE CON SECUELAS POR FRACTURAS FACIALES NO MANEJADAS QUIRURGICAMENTE, MEGAORBITA IZQUIERDA QUE MEJORARIA CON RECONTRUCCION POR MEDIO DE PLACA 3D DE CASA COMERCIAL W LORENZ O JOHNSON, PROYECCION MALAR QUE PUEDE MEJORAR CON DIFERENTES OPCIONES QUE EXPLICO A PACIENTE Y A MADRE OPCIONES D ETRATAMIENTO, PROTESIS A MEDIDA, ALOINJERTO O XENOINJERTO, EXPLICO RIESGOS Y COMPLICACIONES TENIENDO EN CUENTA DE QUE EL PACIENTE NO HA TERMINADO PICO DE CRECIMIENTO TENIENDO EN CUENTA DE QUE LAS ORBITAS YA TERMINARON CRECIMIENTO PERO EL MAXILAR AUN NO. CONSIDERO PERTIENETE HACER RECONSTRUCCION DE ORBITA Y REEVALUAR EN 2 AÑOS PARA DEFINIR MANEJO DE TERCIO MEDIO. POR AHORA PUEDE BENEFICIARSE DE TRATAMIENTO ORTODONCICO. RECONSTRUCCION DE ORBITA IZQUIERDA CON PLACA 3D. DOY ORDENES DE MANEJO. VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA, VALORACION PREANESTESICA Y EXAMENES DE LABORATORIO. VALORACION POR ODONTOLOGIA GENERAL Y ORTODONCIA.

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripcion
Dx Principal	T 9 0 2	SECUELAS DE FRACTURA DEL CRANEY Y DE HUESOS FACIALES
Dx relacionado1	M 9 5 0	DEFORMIDAD ADQUIRIDA DE LA NARIZ
Dx relacionado2	K 0 7 4	MALOCLUSION DE TIPO NO ESPECIFICADO

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita LOPEZ MARTINEZ SILVANA MARIA	Telefono
Cargo Actividad CIRUGIA MAXILOFACIAL	Indicativo Numero Extension

Trabaja con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **DAVID SANTANA GALEANO** Tipo Doc TarjeraIdentidad **DOCUMENTO 1039086986**
 Edad **17 Años / 0 Meses / 24 Día** Sexo **Masculino** Estado Civil **Soltero**
 Fecha Nacimiento **20/01/2007** Dirección **NECOCLI VILLA SONIA** Teléfono **3225641836**
 Cama **Area CONSULTA EXTERNA** Ingreso **1018329** Fecha Ingreso **13/02/2024 1:48:31 p. m.**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad **ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA** Regimen **Subsidiado** Estrato **SUBSIDIADO NIVEL 1 2024**
SALUD EPS
 Nombre Acudiente **ETY SANTANA** Telefono **3113201476** Parentesco **ETY SANTANA MAMA**
 Nombre Acompañante **ETY SANTANA** Telefono **3113201476**
 FOLIO N° 1 **FECHA GRABACIÓN DE FOLIO 13/02/2024 3:03 p. m.**

MOTIVO DE LA CONSULTA

PARA REVISAR LA TOMOGRAFIA

ENFERMEDAD ACTUAL

CUADRO CLINICO DE 14 MESES DE EVOLCION POSTERIOR A ACCIDENTE DE TRANSITO CON POLITRAUMA, FRACTURAS FACIALES MULTIPLES QUE NO RECIBIERON MANEJO QUIRURGICO, VIENE AHORA PARA MANEJO DE SECUELAS. EL PACIENTE NO REFIERE ALTERACION FUNCIONAL MASTICATORIA O RESPIRATORIA, REFIERE VER EN OCASIONES "MANCHAS NEGRAS" CON OJO IZQUIERDO. LA MADRE REFIERE QUE ASISTEN A ESTA CITA PARA VALORACION DE TOMOGRAFIA DE CARA Y QUE NOTA QUE AL PACIENTE SE LE HA DESVIADO LA MANDIBULA, QUE EL OJO IZQUIERDO SE NOTA DPRIMIDO, LA NARIZ DEFORMADA Y EL POMULO HUNDIDO. VALORADO POR OFTALMOLOGIA QUIEN ESTA E PORCESO DE DESCARTAR GLAUCOMA EN OJO IZQUIERDO.

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Traumáticos	13/02/2024	ACCIDENTE DE TRANSITO CON POLITRAUMA EN 2022

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza y Sentidos : Anormal AL EXAMEN CLINICO SE OBSERVA IMPORTANTE ASIMETRIA Y DEFORMIDAD FACIAL CARACTERIZADA POR TELECANTO IZQUIERDO CON ENOFTALMO ASOCIADO, MENOR TURGENCIA OCULAR IZQUIERDA, DEPRESION IMPORTANTE DE REGON MALAR IZQUIERDA. AUMENTO DE ANCHO DE LA HEMOCARA IZQUIERDA CON RESPECTO A LA DERECHA. PUPILAS ISOCORIAS Y NORMORREACTIVAS, AGUDEZA VISUAL ACUENTA DEDOS Y MOVIMIETOS OCULARES CONSERVADOS BILATERALMENTE, LATERORRINIYA LEVE DERECHA, LEVE DESVIACION MANDIBULAR DERECHA, MALOCCLUSION CON MORDIDA CRUZADA ANTERIOR EN LADO DERECHO. DESTRUCCION CORONAL SEVERA POR ACARIES EN 47.

Torax/Cardio/Pulmonar : No Evalua

Abdomen : No Evalua

Genito - Urinario : No Evalua

Músculo - Esquelético : No Evalua

Neurológico : Anormal HEMIPARESIA DERECHA CON ALTERACION EN LA MARCHA.

Piel y Faneras : No Evalua

EXAMEN FISICO

Signos Vitales

TA : / mm Hg TAM : mm Hg FC : x min FR : x min Dolor No Temperatura : 0.0 °C

Glucometria (mg/dl S02 % FIO2 % Perfusion < 2 seg Estado de Conciencia : Alerta

Peso Talla IMC : PVC : mmH2O

Estado General :

Cabeza y Sentidos :

Cuello :

Cardio-Pulmonar-Vascular :

Abdomen :

Genito - Urinario :

Músculo - Esquelético :

Neurológico :

Piel y Faneras :

ANALISIS :

PACIENTE CON SECUELAS POR FRACTURAS FACIALES NO MANEJADAS QUIRURGICAMENTE, MEGAORBITA IZQUIERDA QUE MEJORARIA CON RECONTRUCCION POR MEDIO DE PLACA 3D DE CASA COMERCIAL W LORENZ O JOHNSON, PROYECCION MALAR QUE PUEDE MEJORAR CON DIFERENTES OPCIONES QUE EXPLICO A PACIENTE Y A MADRE OPCIONES D ETRAMIENTO, PROTESIS A MEDIDA, ALOINJERTO O XENOINJERTO, EXPLICO RIESGOS Y COMPLICACIONES TENIENDO EN CUENTA DE QUE EL PACIENTE NO HA TERMINADO PICO DE CRECIMIENTO TENIENDO EN CUENTA DE QUE LAS ORBITAS YA TERMINARON CRECIMIENTO PERO EL MAXILAR AUN NO. CONSIDERO PERTIENETE HACER RECONSTRUCCION DE ORBITA Y REEVALUAR EN 2 AÑOS PARA DEFINIR MANEJO DE TERCIO MEDIO, POR AHORA PUEDE BENEFICIARSE DE TRATAMIENTO ORTODONCICO.

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **DAVID SANTANA GALEANO** DOCUMENTO / HISTORIA **1039086986**
Cama **Area CONSULTA EXTERNA** Ingreso **1018329** Fecha Ingreso **13/02/2024 13:48**
FOLIO N° **1** FECHA GRABACIÓN DE FOLIO **13/02/24 3:03 p. m.**

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y LABORATORIO :

TAC CARA 2024-01-31

Tecnica: Se realiza estudio con cortes axiales en anatomía de estructuras faciales senos paranasales, con reconstrucciones multiplanares 3D evaluando tejidos blandos y óseos.

Fractura antigua del arco cigomático izquierdo, segmentaria ,no deprimida con persistencia de discreto trazo lúcido de bordes esclerosos.

Fractura antigua de pared lateral de órbita izquierda no consolidada y desplazada con separación de fragmentos de 2 mm.

Fractura antigua de pared medial de órbita izquierda consolidada con depresión de 4 mm.

Fractura antigua del piso de la órbita izquierda, con compromiso del reborde anterior consolidada con separación de fragmentos de 7mm, con depresión, con herniación de grasa orbitaria.

Fractura antigua consolidada de aspecto inferior de pared poterolateral del seno maxilar izquierdo.

Fracturas antiguas consolidadas frontal izquierda con compromiso de techo y reborde orbitario superior, nasion, huesos propios de nariz y proyección frontal del malar ipsilateral.

Cambios inflamatorios crónicos en seno frontal y maxilar izquierdo.

CONCLUSION: Fracturas antiguas descritas.

PLAN TERAPEUTICO :

RECONSTRUCCION DE ORBITA IZQUIERDA CON PLACA 3D. DOY ORDENES DE MANEJO. VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA, VALORACION PREANESTESICA Y EXAMENES DE LABORATORIO. VALORACION POR ODONTOLOGIA GENERAL Y ORTODONCIA.

Recomendaciones-Informacion y educacion al paciente

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
T902	SECUELAS DE FRACTURA DEL CRANEO Y DE HUESOS FACIALES	DEFORMIDAD FACIAL Y MEGAORBITA IZQUIERDA	<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo
S023	FRACTURA DEL SUELO DE LA ORBITA	FRACTURA ORBITARIAQUE COMPROMETE TODAS SU PAREDES	<input type="checkbox"/>	Definitivo
K074	MALOCLUSION DE TIPO NO ESPECIFICADO		<input type="checkbox"/>	Definitivo
M950	DEFORMIDAD ADQUIRIDA DE LA NARIZ		<input type="checkbox"/>	Definitivo

Silvana M. López M
Cirujana Maxilofacial
Universidad CES
Reg: 54196207
C.C 41.946.521

Profesional: LOPEZ MARTINEZ SILVANA MARIA
R. M.: 41946521
CIRUGIA MAXILOFACIAL