



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



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD **2 1 0 9 1 4 2 1 0 0** FECHA: **2 0 2 1 / 0 9 / 1 4**

Regístrase con actor por la vida desde 1923

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA: **1 5 : 5 4**

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		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
LOPEZ	MORENO	LUCELLY	

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

Registro civil
 Cedula de extranjeria
 Cedula de ciudadanía
 Menor sin identificacion
 2 1 8 5 5 8 6 7

Tarjeta de identidad
 Pasaporte
 Adulto sin Identificaciio
 Fecha de nacimiento: **1 9 6 2 / 0 7 / 3 1**

Direccion de Residencia Habitual: **LIBORINA-ANTIOQUIA** Telefono: **3 2 1 7 7 4 5 1 1 9**

Departamento: **ANTIOQUIA** **0 5** Municipio: **LIBORINA** **4 1 1**

Telefono Celular: **3 2 1 7 7 4 5 1 1 9** 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	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"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> Accidente de Transito	<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

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion

Consulta Externa
 Urgencias
 Hospitalizacion
 Servicio **CONSULTA EXTERNA**
 Consulta_Externa
 Cama **1 1 1**

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 1 5 4 0 4	1	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO TRICOMPARTIMENTAL SIMPLE DE RODILLA
9 0 2 2 1 0	1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES 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]
9 0 3 8 4 1	1	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
9 0 3 8 9 5	1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
9 0 7 1 0 6	1	UROANÁLISIS
8 9 5 1 0 0	1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
8 7 1 1 2 1	1	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (PA O AP Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL) CON BARJO
8 9 0 2 2 6	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

Justificación Clínica: PACIENTE CON DISCAPACIDAD DOLOROSA DE RODILLAS QUE PRESENTA VARO INESTABLE CON ARTROSIS SEVERA GRADO IV BILATERAL QUE DESEA INICIAR EL REEMPLAZO POR LA RODILLA IZQUIERDA, REQUIERE REEMPLAZO TOTAL PRIMARIO DE RODILLA QUE SE PROGRAMA PARA PROTESIS TOTAL PRIMARIA CON PLATILLO TIBIAL MOVIL Y ROTULA OVAL. TRAE IMAGENES CONFIRMATORIAS, ES DIABETICA E HIPERTENSA CONTROLADA, VARICOSA SIN TRATAMIENTO NI ESTUDIO. SE SOLICITAN PREQUIRÚRGICOS: HEMOGRAMA IV, TP, TPT, GLUCOSA, CREATININA, UROANÁLISIS, RX TORAX, EKG, Y VALORACIÓN PREANESTÉSICA Y DOPPLER VENOSO. SE SOLICITA TURNO PARA PROGRAMACIÓN Y SOLICITUD DE AUTORIZACIONES. TIENE CONSENTIMIENTO INFORMADO ACEPTADO Y FIRMADO.

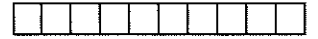
Impresion Diagnostica	CIE10	Descripcion
Dx Principal	M 1 7 0	GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL
Dx relacionado 1		
Dx relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita	GARICANO CARLOS HERNANDO	Telefono	
Cargo Actividad	ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	Indicativo	

TELEFONO INTERNO **2465**
 Numero **121**
 FECHA: **14/09/21**
 FIRMA: **Aleja**

Celular
Telefono: 4447192



GARICANO CARLOS HERNANDO

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **LUCELLY LOPEZ MORENO** DOCUMENTO / HISTORIA **21855867**
 Edad **59 Años \ 1 Meses \ 14 Día** Sexo **Femenino** Estado Civil **Viudo**
 Fecha Nacimiento **31/07/1962** Dirección **LIBORINA-ANTIOQUIA** Teléfono **3217745119-3145850631**
 Cama **Area CONSULTA EXTERNA** Ingreso **276197** Fecha Ingreso **14/09/2021 2:43:13 p. m.**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad **ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIARegimen Subsidiado** Estrato **SUBSIDIADO NIVEL 1 2021**
 Nombre Acudiente **Telefono** Parentesco
 Nombre Acompañante **Telefono**
 FOLIO N° **1** FECHA GRABACIÓN DE FOLIO **14 de septiembre de 2021**

MOTIVO DE LA CONSULTA

"DOLOR DE RODILLAS

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON DISCAPACIDAD DOLOROSA DE RODILLAS QUE PRESENTA VARO INESTABLE CON ARTROSIS SEVERA GRADO IV BILATERAL QUE DESEA INICIAR EL REEMPLAZO POR LA RODILLA IZQUIERDA, REQUIERE REEMPLAZO TOTAL PRIMARIO DE RODILLA QUE SE PROGRAMA PARA PROTESIS TOTAL PRIMARIA CON PLATILLO TIBIAL MOVIL Y ROTULA OVAL. TRAE IMAGENES CONFIRMATORIAS, ES DIABETICA E HIPERTENSA CONTROLADA, VARICOSA SIN TRATAMIENTO NI ESTUDIO. SE SOLICITAN PREQUIRÚRGICOS: HEMOGRAMAIV, TP, TPT, GLUCOSA, CREATININA, UROANALISIS, RX TORAX, EKG, Y VALORACIÓN PREANESTÉSICA Y DOPPLER VENOSO. SE SOLICITA TURNO PARA PROGRAMACIÓN Y SOLICITUD DE AUTORIZACIONES. TIENE CONSENTIMIENTO INFORMADO ACEPTADO Y FIRMADO.

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	14/09/2021	HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA CON LOSARTAN 50 MG
Médicos	14/09/2021	DIABETES CONTROLADA CON METFORMINA 850 MG OD
Médicos	14/09/2021	DISLIPIDEMIA TRATADA CON ATORVASTATINA 20 MG

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza y Sentidos :

Torax/Cardio/Pulmonar :

Abdomen :

Genito - Urinario :

Músculo - Esquelético :

Neurológico :

Piel y Faneras :

EXAMEN FISICO

Signos Vitales
 TA : / mm Hg TAM : mm Hg FC : x min FR : x min Dolor No Temperatura : 0,0 °C
 Glucometría (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 DISCAPACIDAD DOLOROSA DE RODILLAS QUE PRESENTA VARO INESTABLE CON ARTROSIS SEVERA GRADO IV BILATERAL QUE DESEA INICIAR EL REEMPLAZO POR LA RODILLA IZQUIERDA, REQUIERE REEMPLAZO TOTAL PRIMARIO DE RODILLA QUE SE PROGRAMA PARA PROTESIS TOTAL PRIMARIA CON PLATILLO TIBIAL MOVIL Y ROTULA OVAL. TRAE IMAGENES CONFIRMATORIAS, ES DIABETICA E HIPERTENSA CONTROLADA, VARICOSA SIN TRATAMIENTO NI ESTUDIO. SE SOLICITAN PREQUIRÚRGICOS: HEMOGRAMAIV, TP, TPT, GLUCOSA, CREATININA, UROANALISIS, RX TORAX, EKG, Y VALORACIÓN PREANESTÉSICA Y DOPPLER VENOSO. SE SOLICITA TURNO PARA PROGRAMACIÓN Y SOLICITUD DE AUTORIZACIONES. TIENE CONSENTIMIENTO INFORMADO ACEPTADO Y FIRMADO.

REPORTE DE AYUDAS DIAGNOSTICOS Y LABORATORIO :

PACIENTE CON DISCAPACIDAD DOLOROSA DE RODILLAS QUE PRESENTA VARO INESTABLE CON ARTROSIS SEVERA GRADO IV BILATERAL QUE DESEA INICIAR EL REEMPLAZO POR LA RODILLA IZQUIERDA, REQUIERE REEMPLAZO TOTAL PRIMARIO DE RODILLA QUE SE PROGRAMA PARA PROTESIS TOTAL PRIMARIA CON PLATILLO TIBIAL MOVIL Y ROTULA OVAL. TRAE IMAGENES CONFIRMATORIAS, ES DIABETICA E HIPERTENSA CONTROLADA, VARICOSA SIN TRATAMIENTO NI ESTUDIO. SE SOLICITAN PREQUIRÚRGICOS: HEMOGRAMAIV, TP, TPT, GLUCOSA, CREATININA, UROANALISIS, RX TORAX, EKG, Y VALORACIÓN PREANESTÉSICA Y DOPPLER VENOSO. SE SOLICITA TURNO PARA PROGRAMACIÓN Y SOLICITUD DE AUTORIZACIONES. TIENE CONSENTIMIENTO INFORMADO ACEPTADO Y FIRMADO.

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente LUCELLY LOPEZ MORENO **DOCUMENTO / HISTORIA** 21855867
Cama **Area** CONSULTA EXTERNA **Ingreso** 276197 **Fecha Ingreso** 14/09/2021 14:43
FOLIO N° 1 **FECHA GRABACIÓN DE FOLIO** 14 de septiembre de 2021

PLAN TERAPEUTICO: PACIENTE CON DISCAPACIDAD DOLOROSA DE RODILLAS QUE PRESENTA VARO INESTABLE CON ARTROSIS SEVERA GRADO IV BILATERAL QUE DESEA INICIAR EL REEMPLAZO POR LA RODILLA IZQUIERDA, REQUIERE REEMPLAZO TOTAL PRIMARIO DE RODILLA QUE SE PROGRAMA PARA PROTESIS TOTAL PRIMARIA CON PLATILLO TIBIAL MOVIL Y ROTULA OVAL. TRAE IMAGENES CONFIRMATORIAS, ES DIABETICA E HIPERTENSA CONTROLADA, VARICOSA SIN TRATAMIENTO NI ESTUDIO. SE SOLICITAN PREQUIRURGICOS: HEMOGRAMAIV, TP, TPT, GLUCOSA, CREATININA, UROANALISIS, RX TORAX, EKG, Y VALORACIÓN PREANESTÉSICA Y DOPPLER VENOSO. SE SOLICITA TURNO PARA PROGRAMACIÓN Y SOLICITUD DE AUTORIZACIONES. TIENE CONSENTIMIENTO INFORMADO ACEPTADO Y FIRMADO.

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
M170	GONARTROSIS PRIMARIA, BILATERAL		<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo
M211	DEFORMIDAD EN VARO, NO CLASIFICADA EN OTRA		<input type="checkbox"/>	Definitivo

Profesional: GARICANO CARLOS HERNANDO
R. M.: 16611
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA