



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	Telefono 1	6045904485		
Correo	agendate@lamaria.gov.co	Telefono 2	3103831769		
Dirección					
CALLE 92EE N 67-61					
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	MEDELLIN		
DATOS DEL PACIENTE					
SUAREZ		PULIDO		CAROLINA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre	
2do Nombre					
Tipo Documento De Identificación	CC	Número documento de identificación	1042213454	Fecha de nacimiento	1995-02-06
Dirección de Residencia Habitual			KR 61 # 52-55	Telefono	6040001000
Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	YONDO		
Telefono celular	3177667869	Correo electrónico			
SERVICIOS AUTORIZADOS					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:					Cama
Servicio	Cirugia Vascul ar (Consulta Ext)		Diagnostico Principal	W459 - Cuerpo extraño que penetra a través de la piel lugar no especificado	
Manejo integral según Guía de					
Código CUPS	Cantidad	Descripción			
397303	1	EXPLORACION DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO			
839902	1	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE BRAZO (MUSCULOS TENDON SINOVIAL)			
Observación	vbo				
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN	15803112	Fecha	2022-09-19	Hora	16:26
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:		364	Reclamo de tiquete, 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		
dtrejoso (DIANA SOFÍA TREJOS OBANDO)			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			



HC CONSULTA EXTERNA INDICACIONES MEDICAS

NIT 890.905.177-9

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	CAROLINA SUAREZ PULIDO	Identificación	1042213454
Edad Actual	27 Años \ 7 Meses \ 3 Días	Sexo	Femenino
Dirección	CARRERA 61 NRO. 52 55	Teléfono	3177667869-3155823047
Procedencia	YONDO		

DATOS DEL INGRESO	Ingreso N°	520957	Fecha	09/09/2022 07:46	Cama	
			Area:			7311 - CONSULTA EXTERNA

Entidad Responsable	ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS	Enfermedad_General_y_Maternidad	
Nivel - Estrato	SUBSIDIADO NIVEL 1 2022	Parentesco	
Acudiente		Telefono	
Dirección			

Folio N°	1	Fecha Folio	09/09/2022 08:17	Folio Asociado	
				Causa externa	Enfermedad_General

INDICACIÓN

Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa
Detalle:

Handwritten signature
 Dr. Marlon Anaya Martínez
 Cirujía Vasculár y Endovascular
 Cirujía General
 Universidad de Antioquia,
 R.M. 5-1160-08

Profesional: MARLON ANAYA MARTINEZ
R.M: 5116008
CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES ASISTENCIALES

CUMPLIMIENTO A LA LEY 23 DE 1981, DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 Y
DEMAS NORMAS RELACIONADAS CON LA HISTORIA CLINICA)

Código : FT-GDO-026

Versión: 003

Fecha de actualización: Diciembre
de 2019

Fecha de diligenciamiento: 9/9/2022

Paciente	SUAREZ	PULIDO	CAROLINA	27 Años \ 7 Meses \ 3 Días	1042213454	CARRERA 61 NRO. 52 55	317766786 9- 315582304 7
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Edad	Documento	Domicilio	Telefono
Personal de salud responsable del procedimiento		ANAYA MARTINEZ MARLON					
		Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres			

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, CAROLINA SUAREZ PULIDO identificado con documento de identidad #1042213454 _____

Certifico que: He leído (o que se me han leído) el documento sobre **Consentimiento Informado para Procedimientos y Actividades Asistenciales** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

En caso de realización de procedimiento en menor o persona en condición de discapacidad mental o cognitiva, nombre del representante legal _____

Tratamiento médico	Ayuda diagnóstica	Atención ambulatoria	
Procedimiento	Terapia física	Otro	
Intervención quirúrgica	Hospitalización	Cual?	

Información sobre:

Extracción cuerpo extraño intravascular

En que consiste:

extracción cuerpo extraño

Riesgos: Por encontrarnos en situación de pandemia, existe el riesgo durante el proceso de atención; de contagio de Enfermedad por Coronavirus COVID 19

infección, sangrado, hematoma, lesión vascular o nerviosa, trombosis, tromboembolismos, pérdida de la extremidad, muerte.

Beneficios

Mejoría

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con transfusiones previas, enfermedades, alergias o riesgos personales. **DECLARO** haber comprendido cuales son las indicaciones del procedimiento **DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO - APRUEBO - QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO O ACTIVIDAD ASISTENCIAL DURANTE MI ATENCIÓN.

Huella Paciente	
	X carolina suarez Pulido 1042213454
	Firma y Cedula del Paciente
	Firma y Cedula del Profesional de la Salud

NO CONSENTIMIENTO

Con pleno conocimiento de los riesgos y después de haber sido informado, he decidido no aceptar la realización del procedimiento, haciendome responsable de las consecuencias que se puedan derivar de esta decisión

Huella Paciente		
	Firma y Cedula del Paciente	Firma y Cedula del acudiente o responsable
	Firma y Sello del profesional de la Salud	