



**ANEXO TÉCNICO No. 3**  
**MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL**  
**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**



NUMERO DE SOLICITUD **2 3 0 5 1 5 0 7 5 4** FECHA: **2 0 2 3 / 0 5 / 1 5**

Eligibles con error por la vida desde 1929

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA: **7 : 3 8**

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA		NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	8 9 0 9 0 5 1 7 7					
Codigo: 0 5 0 0 1 0 6 0 8 6 0 1		CC	<input type="checkbox"/>	Numero					
Direccion: CALLE 92 EE # 67 - 61									
Telefono	<b>098</b>	<b>4447192</b>	Departamento: ANTIOQUIA	<b>0 5</b>	Municipio: MEDELLIN	<b>0 0 1</b>			

Indicativo Telefono

Entidad a la que se le informa (pagador) **COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO** Codigo: **EPSS42**

**DATOS DEL PACIENTE**

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
URIBE		MIGUEL	ANGEL

Tipo Documento de identificacion

Numero de Documento de identificacion

Registro civil   
 Cedula de extranjeria   
 Cedula de ciudadanía   
 Menor sin identificacion   
**3 6 6 7 1 2 3**

Tarjeta de identidad   
 Pasaporte   
 Adulto sin Identifiacio   
 Fecha de nacimiento: **2 7 / 0 1 / 1 9 4 9**

Direccion de Residencia Habitual: **7 DE AGOSTO** Telefono: **3 1 9 3 9 2 6 7 7 5**

Departamento: **ANTIOQUIA** **0 5** Municipio: **SEGOVIA** **7 3 6**

Telefono Celular: **3 1 9 3 9 2 6 7 7 5** Correo Electronico **YESENIAAGUINAGA27@GMAIL.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"/> 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**

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

Manejo Integral segun Guia de:

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 9 0 3 6 6	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
8 8 2 3 1 8	1	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR
9 0 2 2 1 0	1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUE
9 0 3 8 4 1	1	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
9 0 3 8 1 5	1	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD
9 0 3 8 1 8	1	COLESTEROL TOTAL
9 0 3 8 6 8	1	TRIGLICERIDOS
9 0 3 8 9 5	1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Justificación Clínica: Pcte con obesidad grado I IMC 32 hta esencial con poca adherencia terapeutica,ingresa sin laboratorios a consulta,tiene app de tvp y manifiesta leve molestia en extremiades inferiores,se indica doppler venoso de mifis y se evaluará en 3 meses.

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripcion
Dx Principal	<b>E 6 6 0</b>	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS
Dx relacionado1	<b>I 1 0 X</b>	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Dx relacionado2	<b>I 8 2 9</b>	EMBOLIA Y TROMBOSIS DE VENA NO ESPECIFICADA

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA**

Nombre de que solicita **FERNANDEZ JOHNSON RAUL JOSE** Telefono

Cargo Actividad **MEDICINA INTERNA** Indicativo  Numero  Extension

Celular

Telefono: **4447192**

C.C. 05460419  
**Dr. RAUL J. FERNANDEZ J.**  
 Médico Internista

**FERNANDEZ JOHNSON RAUL JOSE**

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL LA MARIA] NIT [890905177-9]

**TRÁMITE INTERNO**  
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO FECHA: **15-5-23**  
  
 HOSPITAL LA MARIA  
 MEDELLIN - COLOMBIA  
 FIRMA:

## HC CONSULTA EXTERNA INDICACIONES MEDICAS

NIT 890.905.177-9

### DATOS PERSONALES

**Nombre Paciente** MIGUEL ANGEL URIBE  
**Edad Actual** 74 Años / 3 Meses / 16 Días  
**Dirección** 7 DE AGOSTO  
**Procedencia** SEGOVIA

**Identificación** 3667123  
**Sexo** Masculino  
**Teléfono** 3193926775 3108457527

### DATOS DEL INGRESO

**Ingreso N°** 774323

**Fecha Area:** 15/05/2023 06:59

**Cama**

7311 - CONSULTA EXTERNA

**Entidad Responsable** COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO

**Nivel - Estrato** SUBSIDIADO NIVEL 1 2023

**Acudiente** ADRIANA MORALES HIJA

**Dirección**

**Enfermedad\_General\_y\_Maternidad**

**Parentesco**

**Telefono**

**Folio N°** 2

**Fecha Folio** 15/05/2023 07:38

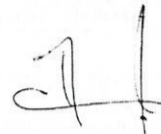
**Folio Asociado**

**Causa externa** Enfermedad\_General

### INDICACIÓN

**Tipo Indicación:** Salida\_Consulta\_Externa

**Detalle:** cita 3 meses



C.C. 05 103.118  
Dr. RAUL J. FERNANDEZ J.  
Médico Internista

**Profesional:** RAUL JOSE FERNANDEZ JOHNSON

**R.M:** 92-2001

**MEDICINA INTERNA**



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

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	MIGUEL ANGEL URIBE	DOCUMENTO / HISTORIA	3667123
Edad	74 Años / 3 Meses / 16 Día Sexo Masculino	Estado Civil	Soltero
Fecha Nacimiento	27/01/1949 Dirección 7 DE AGOSTO	Teléfono	3193926775 3108457527
Cama	Area CONSULTA EXTERNA Ingreso 774323	Fecha Ingreso	15/05/2023 6:59:05 a. m.

### DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOSALUD EPS S.A. SUBSIDIADO	Regimen Subsidiado	Estrato SUBSIDIADO NIVEL 1 2023
Nombre Acudiente	ADRIANA MORALES HIJA	Teléfono	Parentesco
Nombre Acompañante		Teléfono	
FOLIO N° 2		FECHA GRABACIÓN DE FOLIO	15/05/2023 7:38 a. m.

### MOTIVO DE LA CONSULTA

### REVISIÓN DE ESPECIALISTA

#### ENFERMEDAD ACTUAL

APP PROCEDENTE DE SEGOVIA(ANTIOQUIA) OFICIO:JORNALERO.CIRUGIA :COLECISTECTOMIA.INEGA ALERGIAS.AFIRMA HTA ESENCIAL DLP SEDENTARIO.TVP DERECHA EN EL 2.010 ACO CON CUMARINICOS  
 MEDICACIÓN:ASA 100 MG X 1 HCTZ 25 MG X 1 NIFEDIPINO 30 MG X 1 LOSARTAN 50 MG X 2 ATORVASTATINA 20 MG X 1 ESOMERAZOL 40 MG X 1 NIEGA DOLOR TORACO O EQUIVALENTE ANGINOSO.NIEGA EDEMA PERFIERICOS.

#### ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	15/05/2023	TVP 2.013 HTA OBESO

### 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  
 Glucometria  ( mg/dl S02  % FIO2  % Perfusion < 2 seg Estado de Conciencia : Alerta  
 Peso 90 Kgs Talla 167 Cms IMC : 32.27 PVC :  mmH2O

Estado General : OBESO  
Cabeza y Sentidos : MOE PRESERVADO  
Cuello : NO MASAS  
Cardio-Pulmonar-Vascular : RSCSPS NORMALES  
Abdomen : PANICULO ADIPOSO PROMINENTE  
Genito - Urinario : CN  
Músculo - Esquelético : CN  
Neurológico : NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN MOTORA  
Piel y Faneras : CN  
ANALISIS : Pcte con obesidad grado I IMC 32 hta esencial con poca adherencia terapeutica,ingresa sin laboratorios a consulta,tiene app de tvp y manifiesta leve molestia en extremiades inferiores,se indica doppler venoso de mifs y se evaluará en 3 meses.

REPORTE DE AYUDAS DIAGNOSTICOS Y LABORATORIO :  
PLAN TERAPEUTICO : Pcte con obesidad grado I IMC 32 hta esencial con poca adherencia terapeutica,ingresa sin laboratorios a consulta,tiene app de tvp y manifiesta leve molestia en extremiades inferiores,se indica doppler venoso de mifs y se evaluará en 3 meses.

Recomendaciones-Informacion y educacion al paciente

#### IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
E660	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS		<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)		<input type="checkbox"/>	Definitivo
I829	EMBOLIA Y TROMBOSIS DE VENA NO ESPECIFICADA		<input type="checkbox"/>	Presuntivo



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

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

## DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **MIGUEL ANGEL URIBE**  
Cama **Area CONSULTA EXTERNA**  
FOLIO N° 2

Ingreso 774323  
FECHA GRABACIÓN DE FOLIO

DOCUMENTO / HISTORIA **3667123**  
Fecha Ingreso **15/05/2023 6:59**  
**15/05/23 7:38 a. m.**

**rahus** C.C. 05.100.419  
Dr. RAUL J. FERNANDEZ J.  
Medico Internista

Profesional: FERNANDEZ JOHNSON RAUL JOSE  
R. M.: 92-2001  
MEDICINA INTERNA



E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - Segovia  
 CAMPAMENTO LA SALADA SEGOVIA-ANTIOQUIA  
 info@hospitaldesegovia.gov.co  
 NIT: 800080586-8  
 PBX :57 4 8314553  
 Web :www.hospitaldesegovia.gov.co

FORMULA MEDICA NO. 230543

07/12/2022

N° Historia Clínica : 3667123

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente : URIBE MIGUEL ANGEL  
 Fecha de Nacimiento : 27-01-1949 Edad Actual : 73 Año(s)  
 Dirección : 7 DE AGOSTO POR LA GU A  
 Zona : Urbana  
 Municipio : SEGOVIA  
 Identificación : CC 3667123  
 Estado Civil : UNION LIBRE Sexo : MASCULINO  
 Teléfono : 3193926775  
 Barrio : 7 DE AGOSTO  
 Ocupación : NO APLICA (MENORES DE EDAD Y AMAS DE

DATOS DEL INGRESO

Contratante : COOSALUD SUBSIDIADO Vinculación : Regimen Subsidiado - total  
 No Atención : 166835 Fecha : 08/10/2022 12:38:35 Causa Externa : Enfermedad General  
 Tipo Consulta : CONTROL HIPERTENSION POR MEDICINA GENERAL Clase Cita : CONTROL HIPERTENSION POR MEDICINA  
 Acompañante :  
 Responsable : Parentesco : OTROS Teléfono Resp :

MEDICAMENTO/INSUMO	DOSIFICACIÓN	CANTIDAD
ACIDO ACETIL SALICILICO Concentración:100 MG Forma Farmacéutica:TABLETA Observación :	TOMAR UNA TABLETA CADA 24HR por 30 días	30.0
HIDROCLOROTIAZIDA Concentración:25 MG Forma Farmacéutica:TABLETA Observación :	TOMAR UNA DIA por 30 días	30.0
NIFEDIPINO Concentración:30MG Forma Farmacéutica:CÁPSULA Observación :	1 TAB DAIRIA ORAL MAÑANA por 30 días	30.0
LOSARTAN POTASICO Concentración:50 MG Forma Farmacéutica:TABLETA Observación :	TOMAR UNA TABLETA CADA 12HR por 30 días	60.0
ATORVASTATINA CALCICA Concentración:20 MG Forma Farmacéutica:TABLETA Observación :	1 TAB DIARIA ORAL CADA NOCHE por 30 días	30.0
ESOMEPRAZOL 40 MG TAB Concentración:40 MG Forma Farmacéutica:TABLETA Observación :	1 TAB DIARIA ORAL MAÑANA por 30 días	30.0
Diagnosticos Principal: I10X		



*Rashel Silvera Hernández*  
 Médica General  
 R.M. 1043875134  
 UNIMETRO

SILVERA HERNANDEZ RASHEL  
 PYP MEDICO  
 Registro Médico N°1043875134

Firmado Electrónicamente

FIRMA C.C.

"No se deje cambiar su formula"  
 ESTA FORMULA CADUCA EN 72 HORAS

Orden N° : 230544 - - - Fecha Proxima Entrega : 08/10/2022

Usuario Sistema : Alvarezv

Farmacia





E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - Segovia

CAMPAMENTO LA SALADA SEGOVIA-ANTIOQUIA

info@hospitaldesegovia.gov.co

NIT: 800080586-8

PBX :57 4 8314553

Web :www.hospitaldesegovia.gov.co

FORMULA MEDICA NO. 230541

08/10/2022

N° Historia Clínica : 3667123

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente : URIBE MIGUEL ANGEL

Fecha de Nacimiento : 27-01-1949

Dirección : 7 DE AGOSTO POR LA GU A

Zona : Urbana

Municipio : SEGOVIA

Edad Actual : 73 Año(s)

Identificación : CC 3667123

Estado Civil : UNION LIBRE

Teléfono : 3193926775

Barrio : 7 DE AGOSTO

Ocupación : NO APLICA (MENORES DE EDAD Y AMAS DE

Sexo : MASCULINO

DATOS DEL INGRESO

Contratante : COOSALUD SUBSIDIADO

No Atención : 166835

Tipo Consulta : CONTROL HIPERTENSION POR MEDICINA GENERAL

Acompañante :

Responsable :

Parentesco : OTROS

Vinculación : Regimen Subsidiado - total

12:38:35 Causa Externa : Enfermedad General

Clase Cita : CONTROL HIPERTENSION POR MEDICINA

Teléfono Acomp :

Teléfono Resp :

MEDICAMENTO/INSUMO	DOSIFICACIÓN	CANTIDAD
ACIDO ACETIL SALICILICO Concentración:100 MG Forma Farmacéutica:TABLETA Observación :	TOMAR UNA TABLETA CADA 24HR por 30 días	30.0
HIDROCLOROTIAZIDA Concentración:25 MG Forma Farmacéutica:TABLETA Observación :	TOMAR UNA DIA por 30 días	30.0
NIFEDIPINO Concentración:30MG Forma Farmacéutica:CÁPSULA Observación :	1 TAB DAIRIA ORAL MAÑANA por 30 días	30.0
LOSARTAN POTASICO Concentración:50 MG Forma Farmacéutica:TABLETA Observación :	TOMAR UNA TABLETA CADA 12HR por 30 días	60.0
ATORVASTATINA CALCICA Concentración:20 MG Forma Farmacéutica:TABLETA Observación :	1 TAB DIARIA ORAL CADA NOCHE por 30 días	30.0
ESOMEPRAZOL 40 MG TAB Concentración:40 MG Forma Farmacéutica:TABLETA Observación :	1 TAB DIARIA ORAL MAÑANA por 30 días	30.0
Diagnosticos Principal: I10X		



*Rashel Silvera Hernández*  
Médico General  
R.M. 1043875134  
UNIMETRO

SILVERA HERNANDEZ RASHEL  
PYP MEDICO  
Registro Médico N°1043875134

Firmado Electrónicamente

FIRMA C.C.

"No se deje cambiar su formula"  
ESTA FORMULA CADUCA EN 72 HORAS

Orden N° : 230542 - - - Fecha Proxima Entrega : 07/11/2022

Usuario Sistema : Alvarezv

Farmacia



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **3.667.123**

**URIBE**

APELLIDOS

**MIGUEL ANGEL**

NOMBRES

*Miguel Angel Uribe*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-ENE-1949**

**YALI**  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.69**  
ESTATURA

**B+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**08-SEP-1972 YOLOMBO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0125900-00214435-M-0003667123-20100213

0020864405A 1

5020247723