

|   |                                  |   |  |   |                  |
|---|----------------------------------|---|--|---|------------------|
|   |                                  | ANEXO TÉCNICO No. 4   |  | NUMERO DE AUTORIZACION: 17047574            |                  |
| AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD  |                                  |   |  | FECHA: 2022-02-19                           |                  |
| MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  |                                  |   |  | HORA: 11:55                                 |                  |
| 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  |                                  |   |  |   |                  |
| DAZA  |                                  | OSORIO  |  | BLANCA                                      |                  |
| 1er Apellido  |                                  | 2do Apellido  |  | 1er Nombre                                  |                  |
| 2do Nombre  |                                  | ONEIDA  |  |   |                  |
| Tipo Documento De Identificación  | CC                               | Número documento de identificación  | 22020197   | Fecha de nacimiento                         | 1960-09-19       |
| Dirección de Residencia Habitual  |                                  |   |  | LA PLAZUELA                                 |                  |
|   |                                  |   |  | Teléfono                                    |                  |
| Departamento  | ANTIOQUIA                        |   | Municipio  | SAN RAFAEL                                  |                  |
| Teléfono celular  | 3154528222                       | Correo electrónico  |  |   |                  |
| SERVICIOS AUTORIZADOS   |                                  |   |  |   |                  |
| Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:                                      |                                  |   |  |   | Cama             |
| Servicio  | Medicina Interna (Consulta Ext.) |   | Diagnostico Principal  | E660 - OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS |                  |
| Manejo integral según Guía de   |                                  |   |  |   |                  |
| Código CUPS   | Cantidad                         | Descripción   |  |   |                  |
| 890366  | 1                                | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA |  |   |                  |
| Observación   | ok                               |   |  |   |                  |
| NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN  | 14027954                         |   | Fecha  | 2022-02-14                                  | Hora             |
|   |                                  |   |  | 08:21                                       |                  |
| 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:                                    |                                  |   | 829  | 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  |   |                  |
| lcardonc (LUISA FERNANDA CARDONA CARTAGENA)   |                                  |   | 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 dias |   |                  |
| Línea de Atención Nacional SAVIA SALUD EPS  |                                  |   | 018000423683   |   |                  |



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



**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

NUMERO DE SOLICITUD  FECHA:

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA:

|   |                                  |                                      |                                     |  |
|---|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA                  |                                  | NIT                                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text" value="890905177"/> |
| Codigo: <input type="text" value="050010608601"/> |                                  | CC                                   | <input type="checkbox"/>            | <input type="text" value=""/>          |
| Direccion: CALLE 92 EE # 67 - 61                  |                                  |                                      |                                     |  |
| Telefono  | <input type="text" value="098"/> | <input type="text" value="4447192"/> | Departamento: ANTIOQUIA             | <input type="text" value="05"/>        |
|   |                                  | Municipio: MEDELLIN                  | <input type="text" value="001"/>    | <input type="text" value=""/>          |

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 |
| DAZA OSORIO  |              | BLANCA     | ONEIDA     |

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 Identifiacio   
 Fecha de nacimiento:

Direccion de Residencia Habitual: SAN RAFAEL    Telefono:

Departamento: ANTIOQUIA     Municipio: SAN RAFAEL   

Telefono Celular:  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"/> 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   
 Urgencias   
 Hospitalizacion   
 Servicio   
 CONSULTA EXTERNA

Manejo Integral segun Guia de:    Consulta Externa    Cama

| Codigo CUPS                         | Cantidad                       | Descripción   |
|-------------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="text" value="890366"/> | <input type="text" value="1"/> | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA |
| <input type="text" value="890306"/> | <input type="text" value="1"/> | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA            |
| <input type="text" value="890261"/> | <input type="text" value="1"/> | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE          |
| <input type="text" value="890240"/> | <input type="text" value="1"/> | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR              |
| <input type="text" value="881141"/> | <input type="text" value="1"/> | ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS                      |
| <input type="text" value="882317"/> | <input type="text" value="1"/> | ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES                 |

Justificación Clínica: Pcte obesidad mórbida IMC 39 peso 103 kgs talla 1.62 perimetro abdominal >90 cms; pre diabetes a lo cua linstaura biguanidas se deriva a nutricion y medicina del deporte protocolarios, agrega insuficiencia venosa periferica crónica de mifis con compromiso subdérmico se ordena doppler venoso ,adiciona bocio multinodular NO tóxico con ACAF no concluyentes para neoplasia a lo cual se ordena contorl ecográfico y cita en 3 mese

| Impresion Diagnostica | CIE10                             | Descripcion                                 |
|-----------------------|-----------------------------------|---|
| Dx Principal          | <input type="text" value="E660"/> | OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS        |
| Dx relacionado1       | <input type="text" value="I872"/> | INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA) |
| Dx relacionado2       | <input type="text" value=""/>     |   |

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA**

|                        |                             |                   |                               |
|------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|
| Nombre de que solicita | FERNANDEZ JOHNSON RAUL JOSE | Telefono          | <input type="text" value=""/> |
| Cargo Actividad        | MEDICINA INTERNA            | Indicativo        | <input type="text" value=""/> |
|                        |                             | Numero            | <input type="text" value=""/> |
|                        |                             | Extension         | <input type="text" value=""/> |
|                        |                             | Celular           | <input type="text" value=""/> |
|                        |                             | Telefono: 4447192 |                               |

**Dr. RAUL J. FERNANDEZ J.**  
Medico Internista

**FERNANDEZ JOHNSON RAUL JOSE**

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

**DATOS PERSONALES**

**Nombre Paciente** BLANCA ONEIDA DAZA OSORIO **DOCUMENTO / HISTORIA** 22020197  
**Edad** 61 Años \ 4 Meses \ 14 Día **Sexo** Femenino **Estado Civil** Soltero  
**Fecha Nacimiento** 19/09/1960 **Dirección** SAN RAFAEL **Teléfono** 3146270983-3206667362  
**Cama** Area CONSULTA EXTERNA **Ingreso** 344182 **Fecha Ingreso** 3/02/2022 2:07:22 p. m.

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**Entidad** ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIARegimen Subsidiado **Estrato** SUBSIDIADO NIVEL 1 2022  
**Salud EPS**

**Nombre Acudiente** **Teléfono** **Parentesco**  
**Nombre Acompañante** **Teléfono**

**FOLIO N° 5** **FECHA GRABACIÓN DE FOLIO** 3 de febrero de 2022

**MOTIVO DE LA CONSULTA**

"revisión

**ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente con AP de Obesidad Grado III (morbida), Nodulos tiroideos, a quien le fue ordenada BACAF. Ahora consulta con resultados.  
 -Actualmente asintomática  
 -BACAF: Atipia de significado no determinado - Bethesda 3  
 -Por el momento se desconoce estado actual con respecto a perfil tiroideo, por lo que se solicita TSH y T4 Libre y se revisará con resultados. Por lo pronto se hará seguimiento ecográfico de Tiroides.  
 -Se solicita valoración por Cirugia vascular por Insuficiencia venosa. - Paciente con Obesidad Morbida. Se iniciará trámite una vez se esclarezca estado metabólico tiroideo.

**ANTECEDENTES**

| TIPO    | FECHA      | OBSERVACIONES   |
|---------|------------|---|
| Médicos | 11/09/2020 | -OBESIDAD-INSUFICIENCIA VENOSA BILATERAL-VARICES EN MIEMBROS INFERIORES |

**REVISIÓN 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  % FI02  % Perfusion < 2 seg Estado de Conciencia : Alerta  
 Peso 103 Kgs Talla 162 Cms IMC : 39.25 PVC :  mmH2O

**Estado General :** obesa

**Cabeza y Sentidos :** fundoscopia no papiledema

**Cuello :** no masas

**Cardio-Pulmonar-Vascular :** rscsps nromales

**Abdomen :** perimetro prominente

**Genito - Urinario :** cn

**Músculo - Esquelético :** limita arcos de flexino y extension de rodillas

**Neurológico :** no signos de focalización

**Piel y Faneras :** laxa dilataciones varizocas bilaterales

**ANALISIS :** Pcte obesidad mórbida IMC 39 peso 103 kgs talla 1.62 perimetro abdominal >90 cms; pre diabetes a lo cua linstaura biguanidas se deriva a nutricion y medicina del deporte protocolarios, agrega insuficiencia venosa periferica crónica de mifis con comprpomiso subdémico se ordena doppler venoso ,adiciona bocio multinodular NO tóxico con ACAF no concluyentes para neoplasia a lo cual se ordena contorl ecográfico y cita en 3 meses.

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

**DATOS PERSONALES**

**Nombre Paciente** BLANCA ONEIDA DAZA OSORIO **DOCUMENTO / HISTORIA** 22020197  
**Cama** **Area** CONSULTA EXTERNA **Ingreso** 344182 **Fecha Ingreso** 03/02/2022 14:07  
**FOLIO N° 5** **FECHA GRABACIÓN DE FOLIO** 3 de febrero de 2022

**REPORTE DE AYUDAS**

25/9/021 tsh 2.49 t4l 0.83 hb glicosilada 6.25%

**DIAGNOSTICOS Y LABORATORIO :**

acaf atipia de tpo indeterminado

**PLAN TERAPEUTICO :**


Pcte obesidad mórbida IMC 39 peso 103 kgs talla 1.62 perimetro abdominal >90 cms; pre diabetes a lo cua linstauro biguanidas se deriva a nutricion y medicina del deporte protocolarios, agrega insuficiencia venosa periferica crónica de mifis con compromiso subdérmico se ordena doppler venoso ,adiciona bocio multinodular NO tóxico con ACAF no concluyentes para neoplasia a lo cual se ordena contorl ecográfico y cita en 3 mese

**IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10**

| COD  | NOMBRE                                      | OBSERVACIONES | PRINCIPAL                           | TIPO       |
|------|---|---------------|-------------------------------------|------------|
| E660 | OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS        |               | <input checked="" type="checkbox"/> | Definitivo |
| I872 | INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA) |               | <input type="checkbox"/>            | Definitivo |

**PLAN DE TRATAMIENTO**

| CANTIDAD | NOMBRE   | OBSERVACION |
|----------|--|-------------|
| 120      | METFORMINA CLORHIDRATO 850 MG TABLETA RECUBIERTA | 1 x dia     |



**Taurus** C.C. 85460410  
**Dr. RAUL J. FERNANDEZ J.**  
 Medicina Interna

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