



IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 22131286	
Paciente: GEMA ISABEL HERRERA CARMONA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 01/11/1980	
Edad y género: 43 Años, Femenino	
Identificador único: 335054	Financiador: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A

Página 1 de 1

## HISTORIA CLÍNICA

### Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 18/07/2024 13:53 - Ambulatoria - Ubicación: 1 PISO BLOQUE CENTRAL

Consulta médica - CIRUGIA DE LA MANO

Tipo de valoración: Tipo de consulta: Primera vez  
Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad: Diagnóstico

### ANAMNESIS

Motivo de consulta: PARESTESIAS Y DISESTESIAS DE AMBAS MANOS.

Enfermedad actual: TRES MESES DE EVOLUCION DE DOLOR POLIARTICULAR EN HOMBROS Y CODOS ACOMPAÑADO DE PARESTESISAS Y DISESTESIAS DE MABAS MANOS DE PREDOMINIO NOCTURNO. SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.

REVISIÓN POR SISTEMAS  
Sistema neurológico: Normal

### EXAMEN FÍSICO

Frecuencia cardíaca(Lat/min): 72.

Diagnósticos activos después de la nota Diagnóstico de ingreso - G560 - SINDROME DEL TUNEL CARPIANO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 18/07/2024, Edad al diagnóstico: 43 Años, M751 - SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO (En Estudio), Fecha de diagnóstico: 18/07/2024, Edad al diagnóstico: 43 Años.

### ANÁLISIS DEL CASO Y PLAN DE MANEJO

Análisis del caso: ENCUENTRO AL EXAMEN DOLOR A LA PALPACION DE LA CORREDERA BICIPITAL DE AMBOS HOMBROS, DOLOR Y ESPASMO MODERADO DEL SUPRAESPINOZO BILAT.

EN LAS MANOS PRESENCIA DE TINEL Y DURCAN POSITIVO BILATERAL, NO ATROFIA TENAR. RETRACCION MUSCULAR FLEXORA Y EXTENSORA MODERADA EN AMBOS ANTEBRAZOS.

Plan de manejo: TRAE PERFIL REUMATOIDEO DENTRO DE LIMITES NORMALES.

EL PLAN SERA ORDENAR ECO DE AMBOS HOMBROS Y EMG MAS VELOCIDAD DE CONDUCCION BILATERAL PARA VER ESTADO DEL MEDIANO.

SE LE ENSEÑAN EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO PASIVO PARA FLEXORES Y EXTENSORES PARA HACER EN SERIES DE 10, CONTANDO HASTA 30 POR 4 VECES AL DIA PARA MEJORAR LA DISQUINESIA PRESENTADA. NUEVO CONTROL EN 30 DIAS CON RESULTADOS.

Firmado por: LUIS GUILLERMO CASTELLANOS LOPEZ, CIRUGIA DE LA MANO, Registro 1463, el 18/07/2024 14:08

Firmado electrónicamente

Documento impreso al día 18/07/2024 14:16:00



DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: HERRERA CARMONA, GEMA ISABEL, Identificado(a) con CC-22131286			
Edad y Género: 43 Años, Femenino			
Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO		Nombre de la Entidad: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A	
Servicio/Ubicación: CONSULTA EXTERNA/1 PISO BLOQUE CENTRAL		Habitación:	Identificador Único: 335054-1

Diagnóstico: G560: SINDROME DEL TUNEL CARPIANO

INTERCONSULTAS					
Fecha Inicio	CUPS	Descripción	Especificaciones	Cantidad	Datos Clínicos / Justificación / Observaciones
18/07/2024 14:10	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	Tipo de Interconsulta: Interconsulta	1	ANTECEDENTE DE S. TUNEL CARPIANO BILATERAL? / FAVOR REALIZAR ELECTROMIOGRAFIA MAS VELOCIDAD DE CONDUCCION DE M. SUPERIORES (CUPS-9308601)

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: LUIS GUILLERMO CASTELLANOS LOPEZ, CIRUGIA DE LA MANO, CC: 79159758, Reg: 1463

Firmado Electrónicamente

SOCIEDAD MEDICA ANTIOQUEÑA S.A.

Dirección: CLL 51 NRO 45-93 -Telefono:5768400 MEDELLIN - 169 - Web: www.soma.com.co



**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

Número de Solicitud: 112269

Fecha: 2024-07-18 Hora: 14:13

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)**

Nombre: SOCIEDAD MEDICA ANTIOQUEÑA S.A.

NIT  890903777 - 9

CC  Número DV

Código:	050010210101	Dirección Prestador:	CLL 51 NRO 45-93
Teléfono:	4 5768400		
	Indicativo	Número	Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: MEDELLIN 001

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR) COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S A Código: ESS024

**DATOS DEL PACIENTE**

HERRERA	CARMONA	GEMA	ISABEL
<b>1er Apellido</b>	<b>2do Apellido</b>	<b>1er Nombre</b>	<b>2do Nombre</b>

**Tipo Documento de Identificación**

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	22131286
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	<b>Número Documento Identificación</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	<b>Fecha de Nacimiento: 1980-11-01</b>
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería	<input type="checkbox"/> Permiso por Protección Temporal	

**Dirección de la Residencia Habitual:** CORREGIMIENTO SAN PABLO Teléfono: 3128226272

**Departamento:** ANTIOQUIA 05 **Municipio:** TAMESIS 789

**Teléfono Celular:** 3105085978 **Correo Electrónico:** notienc@soma.com.co

**Cobertura en Salud**

<input type="checkbox"/> Régimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - parcial	<input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan adicional de Salud
<input checked="" type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input type="checkbox"/> Otro

**INFORMACIÓN DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS**

<b>Origen de la Atención</b>	<b>Tipo de Servicio Solicitado</b>	<b>Prioridad de la Atención</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de Urgencias
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	<input type="checkbox"/> Prioritaria
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input checked="" type="checkbox"/> Servicios Electivos	<input checked="" type="checkbox"/> No prioritaria

**Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización**

Consulta Externa  Hospitalización Servicio CONSULTA EXTERNA Cama

Urgencias

**Manejo Integral según Guía de:**

Código	Cantidad	Descripción
881610	1	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO
890264	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA
890380	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORT

**Justificación Clínica:**  
FAVOR REALIZAR ECOGRAFIA DE HOMBRO BILATERALFAVOR REALIZAR ELECTROMIOGRAFIA MAS VELOCIDAD DE CONDUCCION DE M SUPERIORES (CUPS-9308601)CITA CONTROL 30 DIAS

**Impresión Diagnóstica:**

Código CIE10	Descripción
Diagnóstico Principal G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
Diagnóstico Relacionado 1 M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Diagnóstico Relacionado 2	

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA**

**Nombre de quien Solicita:** LUIS GUILLERMO CASTELLANOS LOP - 1463

**Teléfono:**

**Cargo o Actividad:** MEDICO ESPECIALISTA

**Teléfono celular:**