

Medellín, 06 de julio de 2022

Señores:

HOSPITAL LA MARIA E.S.E

ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS

MEDELLIN-COLOMBIA

E.S.D.

Asunto: Derecho de petición. Artículo 23 de la Constitución Política.

GUILLERMO LEON RESTREPO MUÑOZ, persona mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, con todo respeto acudo a su despacho con la finalidad de ejercer el derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, el cual se encuentra regulado por los artículos 5°, 15 y 16 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, modificado por el artículo 1° de la Ley 1755 de 2015, respetuosamente me dirijo a su despacho en calidad beneficiario de la entidad ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS, para que realice el procedimiento quirúrgico REPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO COMPLEJO DE CADERA (ARTROSIS SECUNDARIA), Servicio: 8151041, que me fue ordenada en la ciudad de Medellín-Antioquia, con la solicitud No. 2202015223, y la práctica de todos los procedimientos, exámenes y/o consultas especializadas posteriores si a ello hubiere lugar, en la E.S.E. Hospital La María, de acuerdo a lo ofertado en el Portafolio de Servicios de esta I.P.S., por cuanto es un derecho que tengo como usuario, teniendo en cuenta como ya lo manifesté, que mi domicilio es el Municipio de San José de la Montaña. Por lo tanto, le solicito:

I. OBJETO DE LA PETICIÓN

PRIMERO: Solicito se me agende de manera prioritaria por ser un adulto mayor, en estado de debilidad manifiesta, la EPS Savia Salud se disponga a realizar todas la gestiones a conseguir la programación del procedimiento quirúrgico REPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO COMPLEJO DE CADERA (ARTROSIS SECUNDARIA), Servicio: 8151041, que me fue ordenada en la ciudad de Medellín-Antioquia, con la solicitud No. 2202015223, autorizada por el HOSPITAL LA MARIA E.S.E

SEGUNDO: En el evento en que no se me agende lo solicitado. Necesito que me motiven objetivamente las razones en las cuales no se pudo acceder a lo solicitado en este escrito.

II. RAZONES EN LAS QUE SE FUNDAMENTA LA PETICIÓN

Invoco como fundamentos de derecho los siguientes:

Ley 100 de 1993 Sistema de Seguridad Social en Colombia, Ley 1122 de 2007 - artículos 16 y artículo 23; Ley 1438 de 2011 – artículos 53 y 121; artículo 10 Decreto 1757 del 3 de agosto de 1994; Decreto 1616 de 1995, entre otros.

JURISPRUDENCIALES. DERECHO DE PETICIÓN. El **derecho de petición** es un mecanismo en el cual todas las personas pueden acceder a la información de documentos ante entidades públicas y privadas, por motivos de interés particular o general con el fin de obtener una respuesta pronta a su solicitud. Se encuentra consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia:

*“ARTICULO 23. Toda persona **tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución.** El legislador podrá reglamentar su ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales”.* (subrayas y negrillas fuera del texto)

En desarrollo de esta disposición el artículo 13 de la Ley 1437 de 2011, establece lo siguiente:

“Artículo 13. Objeto y modalidades del derecho de petición ante autoridades. Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades, en los términos señalados en este código, por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta resolución completa y de fondo sobre la misma.

*Toda actuación que inicie cualquier persona ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política, sin que sea necesario invocarlo. Mediante él, entre otras actuaciones, se podrá solicitar: el reconocimiento de un derecho, la intervención de una entidad o funcionario, la resolución de una situación jurídica, la prestación de un servicio, **requerir información, consultar, examinar y requerir copias de documentos,** formular consultas, quejas, denuncias y reclamos e interponer recursos.”*

Se trata de un derecho fundamental de toda persona cuya garantía se considera satisfecha cuando, presentada la solicitud, el peticionario **obtiene una contestación que cumple con las características de ser oportuna, clara, congruente, completa y efectivamente notificada al peticionario**, lo cual no implica que la administración deba acceder a lo solicitado, en cuanto ello no hace parte del núcleo esencial de este derecho.

CARACTERÍSTICAS DE LA RESPUESTA DEL DERECHO DE PETICIÓN. La Corte Constitucional por medio de sus salas de revisión, ha concretado la posición respecto de las características de la respuesta que se brinde a la petición elevada, en ejercicio de lo consagrado en el art. 23 superior; debe ser oportuna, resolver la petición de fondo, de manera clara y congruentemente, y que dicha respuesta sea efectivamente notificada a la parte petente, al respecto la sentencia T-149 de 2013, con Ponencia del Magistrado Dr. Luis Guillermo Guerrero Pérez destacó lo siguiente:

*(...) “ En relación con los tres elementos iniciales-**resolución de fondo, clara y congruente-**, la respuesta al derecho de petición debe versar sobre aquello **preguntado por la persona y no sobre un tema semejante o relativo al asunto principal de la petición.** Quiere decir, que la solución entregada al peticionario debe encontrarse libre de evasivas o premisas ininteligibles que desorienten el propósito esencial de la solicitud, sin que ello implique la aceptación de lo solicitado.”*

*“Respecto de **la oportunidad de la respuesta,** como elemento connatural al derecho de petición y del cual deriva su valor axiológico, esta se refiere al deber de la administración de resolver el ruego con la mayor celeridad posible, término que, en todo caso, no puede exceder del estipulado en la legislación contencioso-administrativa para resolver las peticiones formuladas.*

*Asimismo, **el derecho de petición solo se satisface cuando la persona que elevó la solicitud conoce la respuesta del mismo.** Significa que, ante la presentación de una*

petición, la entidad debe notificar la respuesta al interesado. (...) (Negrillas y subrayas fuera de texto)

En relación con lo expuesto y con énfasis en la obligación de tramitar y resolver las peticiones la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia T-138 de 2017, que la respuesta que se brinde debe cumplir con los siguientes requisitos: **“(i) debe ser concedida de manera pronta y oportuna dentro del término legal; (ii) su contenido debe dar una solución de fondo y acorde con las cargas de claridad, efectividad, suficiencia y congruencia; y (iii) la decisión que se adopte debe ser puesta en conocimiento del interesado con prontitud”**¹

III. ANEXOS

1. Solicitud de autorización de Servicios en Salud.
2. Historia Clínica, consulta externa E.S.E. Hospital La María.
3. Solicitud de Procedimientos Quirúrgicos.
4. Consentimiento informado para procedimientos y actividades asistenciales.
5. Cédula de ciudadanía.

IV. TÉRMINOS PARA RESOLVER

Como se trata de un derecho de petición el término para resolver esta petición, será el establecido en el artículo 1º de la Ley 1755 de 2015, el cual reza de la siguiente manera:

“ARTÍCULO 14. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción”. (negrillas y subrayas fuera del texto).

V. FALTA DISCIPLINARIA

No contestar este derecho de petición en los términos establecidos en el artículo 1º de la Ley 1755 de 2015, constituyen falta disciplinaria para el servidor público. En este sentido, esta conducta negligente, constituye una falta disciplinaria establecida en la Ley 1952 de 2019. (Código General Disciplinario).

VI. NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones preferiblemente en la Carrera 24 No. 17-04, San José de Montaña–Antioquia, Celular: 32340994500, 3217110510, Correo electrónico: richard05222@gmail.com

Atentamente,

GUILLERMO LEON RESTREPO MUÑOZ

CC. No. 3.573.855 (en concordancia con el numeral 6º del artículo 16 la ley 1437 de 2011, no es necesario radicar el presente escrito con mi firma.)

¹ Sentencias T-377 de 2000, T-411 de 2010, T-661 de 2010, T-880 de 2010, T-208 de 2012, T-554 de 2012, T-173 de 2013, T-556 de 2013, T-086 de 2015 y T-332 de 2015.

ANEXOS



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

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

Realizamos con amor por la vida desde 1929

INFORMACION DEL PRESTADOR

HORA: **9 : 1 1**

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA NIT **X** **8 9 0 9 0 5 1 7 7**

CC **1** Numero

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: EPS40

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido **RESTREPO** 2do Apellido **MUÑOZ** 1er Nombre **GUILLERMO** 2do Nombre **LEON**

Tipo Documento de identificación

Numero de Documento de identificación

Registro civil Cedula de extranjeria Cedula de ciudadanía Menor sin identificación **3 5 7 3 8 5 5**

Tarjeta de identidad Pasaporte Adulto sin Identifiacion Fecha de nacimiento: **1 9 5 5 / 1 2 / 1 8**

Direccion de Residencia Habitual: CARRERA 24 17 04 Telefono: **3 2 3 4 0 9 4 5 0 0**

Departamento: ANTIOQUIA **0 5** Municipio: SAN JOSE DE LA MONTAÑA **6 5 8**

Telefono Celular: **3 2 3 4 0 9 4 5 0 0** 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 Enfermedad General Accidente de Trabajo Evento Catastrofico Enfermedad Profesional Accidente de Transito

Tipo de servicio Solicitado Posterior a la atencion de Urgencias Servicios Electivo

Prioridad de la Atencion Prioritaria No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion Consulta Externa Urgencias Hospitalizacion Servicio **CONSULTA EXTERNA** Consulta_Externa

Manejo Integral segun Guia de: Cama

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 1 5 1 0 4	1	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL, PRIMARIO COMPLEJO DE CADERA (ARTROSIS SECUNDARIA)
9 0 2 2 1 0	1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUE
9 0 3 8 9 5	1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
9 0 3 8 5 6	1	NITROGENO UREICO
9 0 3 8 4 1	1	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
9 0 3 4 2 6	1	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA
9 0 1 2 3 6	1	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)
9 0 2 0 4 5	1	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
9 0 2 0 4 9	1	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
8 9 5 1 0 0	1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD
9 0 4 9 0 4	1	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE

TRÁMITE INTERNO
HOSPITAL LA MARÍA
FECHA: **1-2-2022**
thzabet
FIRMA:

Justificación Clínica: Paciente con artrosis coxofemoral izq severa, con limitacion funcional, dolor y requerimiento de baston, se programa para protesis total de cadera izq, se explican riesgos (infeccion, sangrado, lesion NV, dolor, alteracion funcional o anatomica, amputacion o muerte, fallo de la protesis o luxacion), valoracion con anestesiologia con paraclínicos prequirúrgicos.

Impresion Diagnostica CIE10 Descripción

Dx Principal **M 1 6 9** COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA

Dx relacionado1

Dx relacionado2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita **MORENO RIOS JUAN DAVID** Telefono

Cargo Actividad **ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA** Indicativo Numero Extension

Trabajamos con amor desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **GUILLERMO LEON RESTREPO MUÑOZ** DOCUMENTO / HISTORIA **3573855**
 Edad **66 Años \ 1 Meses \ 14 Día** Sexo **Masculino** Estado Civil **Soltero**
 Fecha Nacimiento **18/12/1955** Dirección **CARRERA 24 17 04** Teléfono **3234094500-3217110510**
 Cama **Area CONSULTA EXTERNA** Ingreso **342234** Fecha Ingreso **1/02/2022 8:37:51 a. m.**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad **ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA** Regimen **Contributivo** Estrato **CONTRIBUTIVO NIVEL A 2022**
SALUD EPS

Nombre Acudiente **Telefono** Parentesco
 Nombre Acompañante **Telefono**
 FOLIO N° 1 **FECHA GRABACIÓN DE FOLIO** **1 de febrero de 2022**

MÓTIVO DE LA CONSULTA

"Dolor"

ENFERMEDAD ACTUAL

Cuadro de 4 años de dolor en cadera izq irradiado a region inguinal, dolor con la marcha asociaod a cojera con necesidad de uso de baston, rx de pelvis con artrosis coxofemoral izq severa
 AP
 Pat: DLP, HTA, DM, ERC
 Alerg: Neg

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza y Sentidos : No Evalua
Torax/Cardio/Pulmonar : No Evalua
Abdomen : No Evalua
Genito - Urinario : No Evalua
Músculo - Esquelético : No Evalua
Neurológico : No Evalua
Piel y Faneras : No Evalua

EXAMEN FISICO

Signos Vitales

TA : / mm Hg TAM : mm Hg FC : x min FR : x min Dolor No Temperatura : 0,0 °C
 Giucometria (mg/dl S02 % FI02 % 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 : Cadera izq con flexion de 100°, RE: 30°, RI. 0°

Neurológico :

Piel y Faneras :

ANALISIS : Paciente con artrosis coxofemoral izq severa, con limitacion funcional, dolor y requerimiento de baston, se programa para protesis total de cadera izq, se explican riesgos (infeccion, sangrado, lesion NV, dolor, alteracion funcional o anatomica, amputacion o muerte, fallo de la protesis o luxacion), valoracion con anestesiologia con paraclinicos prequirurgicos. Llevar rx de pelvis el dia de la cirugia

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y LABORATORIO :

PLAN TERAPEUTICO :

Paciente con artrosis coxofemoral izq severa, con limitacion funcional, dolor y requerimiento de baston, se programa para protesis total de cadera izq, se explican riesgos (infeccion, sangrado, lesion NV, dolor, alteracion funcional o anatomica, amputacion o muerte, fallo de la protesis o luxacion), valoracion con anestesiologia con paraclinicos prequirurgicos. Llevar rx de pelvis el dia de la cirugia

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
M169	COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA		<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

NOMBRE	OBSERVACIONES
REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO COMPLEJO DE CADERA (ARTROSIS SECUNDARIA)	



Trabajamos con ética por la vida desde 1923

HC CONSULTA EXTERNA

SOLICITUD PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

NIT 890.905.177-9

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	GUILLERMO LEON RESTREPO MUÑOZ	Identificación	3573855
Edad Actual	66 Años \ 1 Meses \ 14 Días	Sexo	Masculino
Dirección	CARRERA 24 17 04	Teléfono	3234094500-3217110510
Procedencia	SAN JOSE DE LA MONTAÑA		

DATOS DEL INGRESO	Ingreso N°	342234	Fecha	01/02/2022 08:37	Cama
--------------------------	-------------------	--------	--------------	------------------	-------------

Entidad Responsable	SAC2021 - ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS	Enfermedad_General_y_Maternidad
Nivel - Estrato	CONTRIBUTIVO NIVEL A 2022	Parentesco
Acudiente		Telefono
Dirección		

Folio N°	1	Fecha Folio	01/02/2022 09:13	Folio Asociado	
		Causa externa		Enfermedad_General	

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS

Servicio:	815104I	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO COMPLEJO DE CADERA (ARTROSIS SECUNDARIA)	Cantidad:	1	Estado:	Rutinario
------------------	---------	---	------------------	---	----------------	-----------

Observaciones:

Requerimientos: PTC

Paciente entrega consentimiento informado

Total Ítems: 1

MORENO RIOS JUAN DAVID
5118211
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Tratamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **GUILLERMO LEON RESTREPO MUÑOZ** DOCUMENTO / HISTORIA **3573855**
 Edad **66 Años \ 1 Meses \ 14 Dia** Sexo **Masculino**
 Fecha Nacimiento **18/12/1955** Dirección **CARRERA 24 17 04** Estado Civil **Soltero**
 Cama **Area CONSULTA EXTERNA** Ingreso **342234** Teléfono **3234094500-3217110510**
 Fecha Ingreso **1/02/2022 8:37:51 a. m.**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad **ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA** Regimen **Contributivo** Estrato **CONTRIBUTIVO NIVEL A 2022**
 SALUD EPS

Nombre Acudiente _____ Telefono _____ Parentesco _____
 Nombre Acompañante _____ Telefono _____
 FOLIO N° 1 _____ FECHA GRABACIÓN DE FOLIO **1 de febrero de 2022**

MOTIVO DE LA CONSULTA

"Dolor"

ENFERMEDAD ACTUAL

Cuadro de 4 años de dolor en cadera izq irradiado a region inguinal, dolor con la marcha asociado a cojera con necesidad de uso de baston, rx de pelvis con artrosis coxofemoral izq severa
 AP
 Pat: DLP, HTA, DM, ERC
 Alerg: Neg

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza y Sentidos : No Evalua
 Torax/Cardio/Pulmonar : No Evalua
 Abdomen : No Evalua
 Genito - Urinario : No Evalua
 Músculo - Esquelético : No Evalua
 Neurológico : No Evalua
 Piel y Faneras : No Evalua

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 Talla IMC : PVC : mmH2O

Estado General :

Cabeza y Sentidos :

Cuello :

Cardio-Pulmonar-Vascular :

Abdomen :

Genito - Urinario :

Músculo - Esquelético : Cadera izq con flexion de 100°, RE: 30°, RI: 0°

Neurológico :

Piel y Faneras :

ANALISIS :

Paciente con artrosis coxofemoral izq severa, con limitacion funcional, dolor y requerimiento de baston, se programa para protesis total de cadera izq, se explican riesgos (infeccion, sangrado, lesion NV, dolor, alteracion funcional o anatomica, amputacion o muerte, fallo de la protesis o luxacion), valoracion con anestesiologia con paraclinicos prequirurgicos. Llevar rx de pelvis el dia de la cirugia

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y LABORATORIO :

PLAN TERAPEUTICO :

Paciente con artrosis coxofemoral izq severa, con limitacion funcional, dolor y requerimiento de baston, se programa para protesis total de cadera izq, se explican riesgos (infeccion, sangrado, lesion NV, dolor, alteracion funcional o anatomica, amputacion o muerte, fallo de la protesis o luxacion), valoracion con anestesiologia con paraclinicos prequirurgicos. Llevar rx de pelvis el dia de la cirugia

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
M169	COXARTROSIS, NO ESPECIFICADA		<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

NOMBRE **REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO COMPLEJO DE CADERA** OBSERVACIONES

(ARTROSIS SECUNDARIA)

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	GUILLERMO LEON RESTREPO MUÑOZ	DOCUMENTO / HISTORIA	3573855
Cama	Area CONSULTA EXTERNA	Ingreso 342234	Fecha Ingreso 01/02/2022 8:37
FOLIO N° 1		FECHA GRABACIÓN DE FOLIO	1 de febrero de 2022

Profesional: MORENO RIOS JUAN DAVID
R.M.: 5118211
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

HC CONSULTA EXTERNA

SOLICITUD PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

NIT 890.905.177-9

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	GUILLERMO LEON RESTREPO MUÑOZ	Identificación	3573855
Edad Actual	66 Años \ 1 Meses \ 14 Días	Sexo	Masculino
Dirección	CARRERA 24 17 04	Teléfono	3234094500-3217110510
Procedencia	SAN JOSE DE LA MONTAÑA		

DATOS DEL INGRESO **Ingreso N°** **342234** **Fecha** 01/02/2022 08:37 **Cama**

Entidad Responsable	SAC2021 - ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS SAVIA SALUD EPS	Enfermedad_General_y_Maternidad
Nivel - Estrato	CONTRIBUTIVO NIVEL A 2022	Parentesco
Acudiente		Telefono
Dirección		

Folio N°	1	Fecha Folio	01/02/2022 09:13	Folio Asociado	
				Causa externa	Enfermedad_General

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS

Servicio:	815104I	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO COMPLEJO DE CADERA (ARTROSIS SECUNDARIA)	Cantidad:	1	Estado:	Rutinario
------------------	---------	---	------------------	---	----------------	-----------

Observaciones:

Requerimientos: PTC

Paciente entrega consentimiento informado

Total Ítems: 1



MORENO RIOS JUAN DÁVID
5118211
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA



**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 2/1/2022

Paciente	RESTREPO	MUÑOZ	GUILLERMO LEON	66 Años \ 1 Meses \ 14 Días	3573855	CARRERA 24 17 04	323409450 0- 321711051 0
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Edad	Documento	Domicilio	Telefono
Personal de salud responsable del procedimiento		MORENO RIOS JUAN DAVID					
		Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres			

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, GUILLERMO LEON RESTREPO MUÑOZ identificado con documento de identidad #3573855
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 medico	Ayuda diagnostica	Atención ambulatoria	
Procedimiento	Terapia fisica	Otro	
Intervención quirurgica	Hospitalización	Cual?	
Información sobre:			
protesis total de cadera izq			
En que consiste:			
protesis total de cadera izq			
Riesgos: <i>Por encontrarnos en situación de pandemia, existe el riesgo durante el proceso de atención; de contagio de Enfermedad por Coronavirus COVID 19</i>			
(infeccion, sangrado, lesion NV, dolor, alteracion funcional o anatomica, amputacion o muerte, fallo de la protesis o luxacion			
Beneficios			
Restauracion articular			

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	* Leon Restrepo M. 3573855	
	Firma y Cedula del Paciente	
	Juan David Moreno Rios Ortopedia y Traumatologia U de A Reg: 5-1182-11	
	Firma y Cedula del Profesional de la Salud	

NO CONSENTIMIENTO		
Con pleno conocimiento de los riesgos y despues 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	

**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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 3.573.855

RESTREPO MUÑOZ

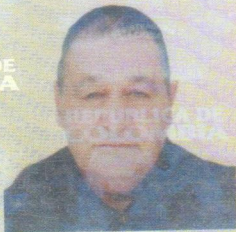
APELLIDOS

GUILLERMO LEON

NOMBRES

Guillermo Restrepo

FIRMA



14

REPUBLICA DE



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1955

SAN JOSE DE LA MONTAÑA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

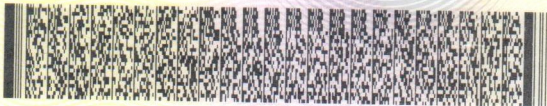
1.66
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

03-MAR-1978 SAN JOSE DE LA MONTAÑA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-0123000-00134869-M-0003573855-20081208

0007711898A 1

9917196559

15