

3225060535

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **42.935.966**  
**AGUIRRE ROJAS**

APELLIDOS  
**NIDIA DEL ROSARIO**

NOMBRES  
**Nidia Aguirre**

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-SEP-1964**  
**SEGOVIA**  
**(ANTIOQUIA)**

LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.51**      **O+**      **F**  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO

**06-NOV-1984 SEGOVIA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0125900-00186862-F-0042935966-20091016      0017208782A 1      24624095

Pendiente respuesta Hospital  
La manana.  
- se envia mediante correo  
electronico



AUTORIZACION DE SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD

CONSECUTIVO	W93 136119	NUMERO DE AUTORIZACION	Fecha:	Feb.06/2025	Hora:	13:48
-------------	------------	------------------------	--------	-------------	-------	-------

I. DATOS DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Razón Social:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EL CARMEN					
Código:	050310209101	Nit:	890.982.101-8			
Dirección:	CL 23 COLOMBIA 23 40					
Teléfono:				Fax:	8301803	
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05			
Municipio:	AMALFI	Código:	031			
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	COOSALUD EPS-S	Código:	ESS024			

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	AGUIRRE	2do. Apellido:	ROJAS			
1er Nombre:	NIDIA	2do. Nombre:	DEL ROSARIO			
Tipo de Documento:	CEDULA	No. Documento	42.935.966			
Fecha de Nacimiento:	Sep.12/1964	Edad:	60 Años	Sexo:	FEMENINO	
Dirección Residencia	VEREDA SAN ANTONIO			Teléfono:	3225060535	
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05			
Municipio:	AMALFI	Código:	31			
Dirección Alternativa:	NO TIENE			E-Mail:	usuarioeseelcarmen@gmail.com	
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-1			Tipo de Pago:	CUOTA MODERADORA	

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

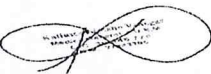
Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL	Tipo de Servicios solicitados:	SERVICIOS ELECTIVOS			
Prioridad de la atención:	PRIORITARIA	Servicio:	MEDICINA GENERAL			
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	CONSULTA EXTERNA					
Manejo Integral Segn Guía:	MEDICO ESPECIALISTA	Modalidad:	01-Intramural			

Seq	Codigo CUPS / IUM	Cantidad	Grupo de Servicio	Descripción
1	890255	1	NO INDICADO	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGIA
2	898101	1	APOYO DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIO	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA
3	881701	1	NO INDICADO	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS
4	851102	1	NO INDICADO	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)
5	902049	1	APOYO DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIO	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
6	902045	1	APOYO DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIO	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
7	902210	1	APOYO DIAGNOSTICO COMPLEMENTARIO	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUESTO DE ERITROCITO)

Justificación Clínica:	AP CA DE CANCER MAMARIO HACE 5 AÑOS YA RESUELTO ECOGRAFIA MAMARIA REPORTA NODULOS MAMARIOS IZQUIERDO QUE DADAS SUS CARACTERISTICA ECOGRAFICAS SE SUGIERE DEBEN SER VALORADOS MEDIANRE BIOPSIA GUIADA POR ECOGRAFIA CATEGORIAS BIRADS 4-B			
Diagnostico principal:	MASA NO ESPECIFICADA EN LA MAMA	Código CIE10:	N63X	
Diagnostico relacionado 1:	** NO PRESENTA **	Código CIE10:		
Diagnostico relacionado 2:	** NO PRESENTA **	Código CIE10:		

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	KATIUSKA DEL CARMEN LIZCANO VANEGAS	Teléfono:	
Registro Medico:	272437-05	Teléfono Celular:	

Cargo o Actividad:	MEDICO GENERAL	
	Firma	
		

RECAUDOS DEL PRESTADOR			
Concepto	Valor en Pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo(Tope) en pesos
Cuota Moderadora			
Copago			
Cuota de Recuperación			
Pago compartido			



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EL CARMEN

Nit: 890.982.101-8



HISTORIA CLINICA DE:  
AMBULATORIA

Atencion: 73

Fecha: Ene.25/2025

Nombre:	AGUIRRE ROJAS NIDIA DEL ROSARIO	Edad:	60 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3225060535	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	42935966	Id:	CC	42.935.966	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	11:33		
Entidad:	COOSALUD EPS-S				

**ANAMNESIS****Motivo de Consulta:** REVISION DE ECOGRAFIA MAMARIA**Enfermedad Actual:** AP CA DE CANCER MAMARIO HACE 5 AÑOS YA RESUELTO ECOGRAFIA MAMARIA REPORTA NODULOS MAMARIOS IZQUIERDO QUE DADAS SUS CARACTERISTICA ECOGRAFICAS SE SUGIERE DEBEN SER VALORADOS MEDIANRE BIOPSIA GUIADA POR ECOGRAFIA**Revision por Sistemas:** NEGATIVO**Antecedentes:****Personales:** TOXICO-ALERGICOS: DEXAMETASONA. CARDIOVASCULARES: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ANTECEDENTE DE ARRITMIA CARDIACA. GASTROINTESTINALES: NO REFIERE. GENITOURINARIOS: NO REFIERE. HEMATOLOGICOS: NO REFIERE. DERMATOLOGICOS: NO REFIERE. NEUROLOGICOS: NO REFIERE. OSTEOMUSCULARES: NO REFIERE. QUIRURGICOS: REFIERE TRES CESÁREAS, HISTERECTOMÍA, HERNIORRÁFIA INGUINAL IZQUIERDA, TUNEL DEL CARPO DERECHA, EXTIRPACIÓN DE TUMOR MAMARIO.. INFECCIOSOS: NO REFIERE. PSIQUIATRICOS: NO REFIERE. TRAUMATICOS: NO REFIERE. OTRAS ENFERMEDADES: NO REFIERE. RESPIRATORIOS: NO REFIERE. CANCER: REFIERE ANTECEDENTE DE CÁNCER DE MAMA.**Familiares:** TOXICO-ALERGICOS: NO REFIERE. CARDIOVASCULARES: REFIERE HERMANA DIABÉTÉS MELLITUS IR.. GASTROINTESTINALES: NO REFIERE. GENITOURINARIOS: NO REFIERE. HEMATOLOGICOS: NO REFIERE. DERMATOLOGICOS: NO REFIERE. OSTEOMUSCULARES: NO REFIERE. INFECCIOSOS: NO REFIERE. PSIQUIATRICOS: NO REFIERE. TRAUMATICOS: NO REFIERE. OTRAS ENFERMEDADES: NO REFIERE. RESPIRATORIOS: REFIERE MADRE EPOC. CANCER: NO REFIERE**Psico-Sociales:** CONSUMO TABACO: NO REFIERE CONSUMO DE TABACO EN EL DOMICILIO.. CONSUMO DE ALCOHOL: NO REFIERE CONSUMO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES.. DROGAS PSICOACTIVAS: NO REFIERE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.. EJERCICIOS: REFIERE VIDA PREDOMINANTEMENTE SEDENTARIA.. DIETA BALANCEADA: REFIERE CONSUMO DE 3 COMIDAS AL DÍA, HIPOGLÚCIDAS, HIPOSÓDICAS, HIPOGRASAS.. OTROS: NO REFIERE.**Ginecologicos:** Parto Multiple: NO, Gestas: 5, Partos: 4, Abortos: 1, Vaginales: 1, Cesareas: 3, Nac. Vivos: 4, Muertos: 0, Viven: 4, Mueren 1 S: 0, Mueren Di S: 0, Nacidos con peso < 2.500 gr: 0, Nacidos con peso > 4.000 gr: 0, Planifica con: , Fecha Ultimo Embarazo: Ene.00/0000, Trimestre Embarazo: \*\* NO EXISTE, Ciclo Mestrual: , Fecha ultima citologia: Jun.23/2021, Proxima citologia: Jun.00/0000, Resultado de la citologia: NORMAL, Observaciones resultado: , Fecha ultima menstruacion: Jun.00/0000, Fecha de parto: Jun.00/0000, Menarca: 0, Observaciones Generales: HISTERECTOMÍA A LOS 38 AÑOS. PAREJA ESTABLE, SEXUALMENTE ACTIVA. SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA AL SERVICIO DE VACUNACIÓN..**Examen Fisico:****Estado General:** BUENO**Signos Vitales:** Peso: 55.00 KG Kg, Talla: 151 Mts, IMC: 24,12, Clasificacion: Rango Normal, Riegos: Promedio, Pulso: 78 Xm, Frecuencia Cardiaca: 78 Xm, Ritmo Cardiaco: NORMAL, Frecuencia Respiratoria: 20, P.Sistolica: 140, P.Diastolica: 80, P.Arterial Media: 100, Temperatura: 37, Sitio de toma: AXILAR.**Aparatos y Sistemas:** PIEL Y FANERAS: NORMAL,. CABEZA: NORMAL,. OJOS: NORMAL,. OIDOS: NORMAL,. BOCA: NORMAL,. GARGANTA: NORMAL,. CUELLO: NORMAL,. TORAX: NORMAL,. SIST.RESPIRATORIO: NORMAL,. SIST.CARDIOVASCULAR: NORMAL,. SIST.VASCULAR PERIFERICO: NORMAL,. ABDOMEN: NORMAL,. SIST.GENITOURINARIO: NORMAL,. TACTO VAGINAL: NORMAL,. TACTO RECTAL: NORMAL,. SIST.LOCOMOTOR: NORMAL,. SIST.NEUROLOGICO: NORMAL,. EX.GANGLIONAR: NORMAL,. EX.MENTAL: NORMAL,. OTROS: NORMAL,. NARIZ: NORMAL,**Examen Neurológico:****Paraclínicos:****Laboratorio:** NO PRESENTA**Otros:** NO PRESENTA

Pagina: 1 de 2 Imprime: YANETT	Medico:SANCHEZ PARRA JHON FABIO	Firma 
Fecha Sistema:25/01/2025 Hora:11:57:23	Cedula: 15.671.195 Registro: 52925	



## EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EL CARMEN

Nit: 890.982.101-8

HISTORIA CLINICA DE:  
AMBULATORIA

Atencion: 73

Fecha: Ene.25/2025

Nombre:	AGUIRRE ROJAS NIDIA DEL ROSARIO	Edad:	60 Años	Sexo:	FEMENINO
Telefono:	3225060535	Estrato:	SUBSIDIADO-1		
Historia:	42935966	Id:	CC	42.935.966	
Estado Civil:	CASADO	Hora Ate:	11:33		
Entidad:	COOSALUD EPS-S				

**Concepto Medico:** AP CA DE CANCER MAMARIO HACE 5 AÑOS YA RESUELTO ECOGRAFIA MAMARIA REPORTA NODULOS MAMARIOS IZQUIERDO QUE DADAS SUS CARACTERISTICA ECOGRAFICAS SE SUGIERE DEBEN SER VALORADOS MEDIANRE BIOPSIA GUIADA POR ECOGRAFIA

**Diagnostico:** Dx.Principal: N63X-MASA NO ESPECIFICADA EN LA MAMA, Dx.Relacionadol: \*\* NO PRESENTA \*\*, Dx.Relacionado2: \*\* NO PRESENTA \*\*, Dx.Relacionado3: \*\* NO PRESENTA \*\*, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

**Finalidad:** Fuente de información: PACIENTE, Finalidad Causa: NO APLICA, Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL, Sintomatico o Respiratorio: NO, Paciente Nuevo: NO.

**Conductas:** Se envia:

**ORDEN MEDICAMENTOS P.O.S - W01 399451 - Ene.25/2025**



1. DICLOFENAC SODICO 75 MG/3 ML - Inyectable, Via:INTRAMUSCULAR, Cantidad:4, Dosis:APLICAR IM DIARIA.
2. LOSARTAN 50MG - Tableta, Via:ORAL, Cantidad:180, Dosis:TOMAR.
3. AMLODIPINO 5MG - TABLETA, Via:ORAL, Cantidad:90, Dosis:TOMAR.
4. HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG - Tableta, Via:ORAL, Cantidad:90, Dosis:TOMAR UNA EN LA MAÑANA.
5. ATORVASTATINA 40 MG TAB - TABLETA, Via:ORAL, Cantidad:90, Dosis:TOMAR UNA EN LA.

**RECOMENDACIONES - W10 532007 - Ene.25/2025**

1. 11

**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 135439 - Ene.25/2025**

1. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OB,Cantidad: 1

Pagina: 2 de 2 Imprime: YANETT	Medico:SANCHEZ PARRA JHON FABIO	Firma  
Fecha Sistema:25/01/2025 Hora:11:57:23	Cedula: 15.671.195 Registro: 52925	

cons. 11 11

Estudio de colonización → \$379830.

Ecografía con guía → \$351802.

Biopsia de mama → \$352037



**HOSPITAL LA MARIA**

**CITAS MEDICAS CON ESPECIALISTAS**

Fijo: 60(4) 5906901.

WhatsApp: 3187159640

Correo: agendate@lamaria.gov.co