

CONSULTA EXTERNA-ORDEN DE DIRECCIONAMIENTO

N° Orden de Dirección: _____

Fecha y Hora: 21 Ago 2024 07:29 AM

ENTIDAD REPOSABLE DEL PAGO

Salud Total EPS

Código: EPS002

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento : Cedula de Ciudadania
Nombre : ALBA NURY ARANGO ARANGO

Documento : 43363361
Fecha Nacimiento : 11 May 1972

Dirección : CRA51B5015
Departamento : ANTIOQUIA
Telefono Celular : 3113252704

Plan:
Telefono : 0
Municipio : San Pedro
E-Mail : aalbanury@gmail.com

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre : HOSPITAL LA MARIA EMPRESA SOCIAL DEL EST
Dirección : CL 92 E 68 48

Nit : 890905177 Código : 13
Telefono : 6045906901 opc 1 y 2 whatsapp: 3187159640
Departamento : ANTIOQUIA

Municipio : Medellín

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Regimen : Contributivo - POS - Evento
Diagnosticos : M54.5
Ubicación paciente : Ambulatorio
Origen Servicio : Enfermedad General

Fecha Vencimiento : 17 Feb 2025
No. Solicitud : 08212024016799
No. Prescripción :

SERVICIOS DIRECCIONADOS

6903730000

1

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIROGIA

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo Recaudo : Cuota Moderadora
Semanas Cotizadas : 52

Valor : 4500
Porcentaje : Valor Maximo :

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE DIRECCIONA

Nombre : YulianaBB
Telefono :
Telefono Celular :
Ips que prescribe :

Cargo o Actividad : Cargo General
Telefono :
Dirección :

OBSERVACIONES

Trabajamos con amor por la visión de vida 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente **ALBA NURY ARANGO ARANGO** Tipo Doc Cédula Ciudadanía **DOCUMENTO 43363361**
 Edad **52 Años / 3 Meses / 2 Dias** Sexo **Femenino** Estado Civil **Soltero**
 Fecha Nacimiento **11/05/1972** Dirección **CARRERA 51B 50 15** Teléfono **3113252704**
 Cama **Area CONSULTA EXTERNA** Ingreso **1200555** Fecha Ingreso **13/08/2024 7:14:24 a. m.**

DATOS DE AFILIACIÓN
 Entidad **SALUD TOTAL EPS-S S.A.** Regimen **Contributivo** Estrato **CONTRIBUTIVO NIVEL A 2024**
 Nombre Acudiente **FRANCISCO HERNAN** Telefono **3128193503** Parentesco **ESPOSO**
 Nombre Acompañante Telefono
FOLIO N° 1 **FECHA GRABACIÓN DE FOLIO 13/08/2024 7:55 a. m.**

MOTIVO DE LA CONSULTA

dolor lumbar

ENFERMEDAD ACTUAL

2 años de dolor lumbar xial mas cuando esta mucho en la misma posicion, s eirradia frecuente de caracteristic sinespecificas a region inguinal bilateral. sensacion e infimacin y calor en zona lumbar cuando le duele muco.

ap: patlogicos migraña, alergias niega, cirugias ganglion , histerectomia por miomas. farmacos: niega. a veces ibuprofeno.

controla esfinteres.

taac de cls simplede 15/03/2024: discopatía l4/5 con protrusion paracentral izquierda, discopatía l5/s1 con abombamiento discal difuso. facetas de características habituales.

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 : °C
 Glucometria mg/dl S02 % FIO2 % Perfusion < 2 seg Estado de Conciencia : Alerta
 Peso Kgs Talla Cms IMC : PVC : mmH2O

Estado General: bueno

Cabeza y Sentidos :

Cuello :

Cardio-Pulmonar-Vascular :

Abdomen :

Genito - Urinario :

Músculo - Esquelético :

Neurológico :

alerta, orientada, marcha normal, fuerza 5, sensibilidad conservada, dolor leve con flexoextension lumbar y con percusion d eepisnosas, rot , sin signos d eneutension nsignos de liberacion piramidal.

Piel y Faneras :

ANALISIS :

dolor lumbar discogenico, requiere terapias fisicas 2 por semana para dolor lumbar mecanico d eorigen discogenico, priroitaarias, formula con aacetaminofen + tramdol si dolor, celecoxib por 10 dias, citaa d eocntrol en 3 mese,s recomendcioens laborales hasta proxima cita, explico recomendcioens y signos de alarma.

REPORTE DE AYUDAS

DIAGNOSTICOS Y

LABORATORIO :

PLAN TERAPEUTICO :

dolor lumbar discogenico, requiere terapias fisicas 2 por semana para dolor lumbar mecanico d eorigen discogenico, priroitaarias, formula con aacetaminofen + tramdol si dolor, celecoxib por 10 dias, citaa d eocntrol en 3 mese,s recomendcioens laborales hasta proxima cita, explico recomendcioens y signos de alarma.

Recomendaciones-Informacion y educacion al paciente

evitar levantar obojetos de mas de 12 Kg d forma manual, estar en la misma posicion por mas de dos horas seguidas, tomar descasosn pra pausas activs por 10 a 15 inutos caada 2 horas, evitar mquinaria que genere vibracion de cuerpo entero, evita subir y bjar escaleras de marea repetitiva a si como movimintos de flexion y xtension del cuello repetitivos, manteer buenas posturas a higiene postural,

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

COD	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
-----	--------	---------------	-----------	------

Trabajamos con amor por la vida desde 1923

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente ALBA NURY ARANGO ARANGO	DOCUMENTO / HISTORIA 43363361
Cama Area CONSULTA EXTERNA	Ingreso 1200555
FOLIO N° 1	Fecha Ingreso 13/08/2024 7:14
	FECHA GRABACIÓN DE FOLIO 13/08/24 7:55 a. m.
M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO	<input checked="" type="checkbox"/> Presuntivo

PLAN DE TRATAMIENTO

CANTIDAD	NOMBRE	OBSERVACION
60	TRAMADOL 37.5 MG + ACETAMINOFEN 325 MG TABLETA (R)	solo si dolor
10	CELECOXIB 200MG CAPSULA (R)	en la mañana

Profesional: DIAZ PARRA CRISTIAN RENE
R.M.: 514-05
NEUROCIRUGIA



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



NUMERO DE SOLICITUD 2408130496 FECHA 2024/08/13
HORA: 7:56

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA
Codigo: 050010608601
Telefono: 098 4447192
Direccion: CALLE 92 EE # 67 - 61
Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: MEDELLIN 001

Entidad a la que se le informa (pagador) SALUD TOTAL EPS-S.A. Codigo: EPS002

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido ARANGO 2do Apellido ARANGO 1er Nombre ALBA 2do Nombre NURY

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: 11/05/1972

Direccion de Residencia Habitual: CARRERA 51B 50 15 Telefono: 3113252704

Departamento: ANTIOQUIA 05 Municipio: SAN PEDRO 664
Telefono Celular: 3113252704 Correo Electronico aalbanury@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
Enfermedad General Accidente de Trabajo Evento Catastrofico Posterior a la atencion de Urgencias Prioritaria
Enfermedad Profesional Accidente de Transito Servicios Electivo 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:

Table with columns:Codigo CUPS, Cantidad, Descripción. Includes rows for 'TERAPIA FISICA INTEGRAL' and 'CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA'.

Justificación Clínica: dolor lumbar discogenico, requiere terapias fisicas 2 por semana para dolor lumbar mecanico d origen discogenico, prprioitaarias, formula con aacetaminofen + tramadol si dolor, celecoxib por 10 dias, cita d eontrol en 3 mese,s recomendioens laborales hasta proxima cita, explico recomendioens y signos de alarma.

Table with columns: Impresion Diagnostica, CIE10, Descripción. Includes 'Dx Principal M54.5 LUMBAGO NO ESPECIFICADO'.

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita DIAZ PARRA CRISTIAN RENE Telefono
Cargo Actividad NEUROCIRUGIA Indicativo Numero Extension
Celular Telefono: 4447192

DIAZ PARRA CRISTIAN RENE