

HOSPITAL LA MARIA

Teléfono: (604) 444 71 92

telas Coosalud: 3168317026

Correo: usuarios@lamaria.gov.co

Caso: 7544044

Servicio: dermatología

Resolución 003047 14 AGO 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

2025010A



FORMULARIO DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO INFORME:	W93 88908	Fecha:	Ene.02/2025	Hora:	14:30
-----------------	--------------	--------	-------------	-------	-------

INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

MAGA	
Nit:	890.906.346-1
Teléfono:	8472121
Fax:	8471384
Departamento:	ANTIOQUIA
Código:	
Municipio:	AMAGA
Código:	
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):	COOSALUD SUBSIDIADO CAPITADO
Código:	ESS024

II. DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido:	BERMUDEZ	2do. Apellido:	USMA
1er Nombre:	OSCAR ALBERTO	2do. Nombre:	DE JESUS
Tipo de Documento:	CEDULA	No. Documento:	3.365.891
Fecha de Nacimiento:	Jun.08/1946	Edad:	78 Años
		Sexo:	MASCULINO
Dirección Residencia:	CALLE 47 SUCRE	Teléfono:	3136917553
Departamento:	ANTIOQUIA	Código:	05
Municipio:	AMAGA	Código:	30
Cobertura en Salud:	SUBSIDIADO-2		

III. INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención:	ENFERMEDAD GENERAL	Tipo de Servicios solicitados:	SERVICIOS ELECTIVOS
Prioridad de la atención:	NO PRIORITARIA	Servicio:	MEDICINA GENERAL
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización:	CONSULTA EXTERNA	Cama:	
Manejo Integral Según Guía:			

Seq	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1	850242	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA

Justificación Clínica: Paciente de 78 años con antecedente de esquizofrenia, con lesión sospechoza en cara. Solicito valoración por Dermatología

Diagnostico principal:	MAREO Y DESVANECIMIENTO	Código CIE10:	R42X
Diagnostico relacionado 1:	ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	Código CIE10:	F209
Diagnostico relacionado 2:	NEVO MELANOCITICO, SITIO NO ESPECIFICADO	Código CIE10:	D229

IV. INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	GUZMAN DAO VILMA ELENA	Teléfono:	8472121
Registro Medico:		Teléfono Celular:	
Cargo o Actividad:	MEDICO		

Firma





E.S.E HOSPITAL SAN FERNANDO - AMAGA

Nit: 890.906.346-1

HISTORIA CLINICA DE:
REVISION

Atencion: 70

Fecha: Ene.02/2025

Nombre:	BERMUDEZ USMA OSCAR ALBERTO DE JESUS	Edad:	78 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	3136917553	Estrato:	SUBSIDIADO-2		
Historia:	3365891	Id:	CC	3.365.891	
Estado Civil:	SOLTERO	Hora Ate:	14:30		
Entidad:	COOSALUD SUBSIDIADO CAPITADO				

ANAMNESIS

Observaciones: Paciente de 77 años, reside en Amagá, antecedente de esquizofrenia en tto con clozapina, niega otros antecedentes. Refiere que el 28/12/2024 presentó episodio de mareo + desvanecimiento, sin pérdida de consciencia, aparente cianosis. Familiar refiere que el evento duró aproximadamente 10 minutos. No le ha ocurrido nuevamente. Familiar refiere que el paciente está acostumbrado a caminar trayectos cortos y en ese momento "lo forzaron" a caminar mas.

Acudió a urgencias donde realizaron EKG y glucometria. Ambos normales.

Al examen fisico: Consciente, alerta, activo, TA 110/76, FC 88, FR 6, SatO2 98%. En cara se observa lesión hipercrómica, bordes irregulares, con zonas descamativas

De acuerdo a clínica presentada, solicito laboratorios, cita con resultados. Por lesión en cara (sospechosa), solicito valoración por Dermatología. Se dan recomendaciones y signos de alarma.

Paraclínicos:

Laboratorio: NO PRESENTA

Otros: NO PRESENTA

Diagnostico: Dx.Principal: R42X-MAREO Y DESVANECIMIENTO, Dx.Relacionado1: F209-ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA, Dx.Relacionado2: D229-NEVO MELANOCITICO, SITIO NO ESPECIFICADO, Dx.Relacionado3: ** NO PRESENTA **, Tipo de diagnostico: IMPRESION DIAGNOSTICA, Tipo Discapacidad: NINGUNA, Grado Discapacidad: NINGUNA, Obs del Dx: .

Conductas: Se envia:

ORDEN DE LABORATORIO - W05 56963 - Ene.02/2025

1. HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITO -, Cantidad:1, Obs:.
2. CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS -, Cantidad:1, Obs:.
3. GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA -, Cantidad:1, Obs:.
4. PERFIL LIPIDICO -, Cantidad:1, Obs:.
5. UROANALISIS -, Cantidad:1, Obs:.

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD - W93 88908 - Ene.02/2025

1. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA,Cantidad: 1

Pagina: 1 de 1 Imprime: MARY	Medico:GUZMAN DAO VILMA ELENA	Firma
Fecha Sistema:04/01/2025 Hora:10:10:20	Cedula: 428.410 Registro:	