## Resumen de la solicitud

Fecha y hora de la solicitud: 2022-05-17 10:12 Afiliado CC 66742368 PATRICIA GRUESO MINOTTA

IPS HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI ( VALLE ) Regional: Regional Valle - Cauca

Ámbito: Ambulatorio Regimen: Subsidiado

Lazos Emssanar

Servicios solicitados

| Número solicitud | Número ítem | Código | Descripción | Cantidad | Número autorización | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 19814001 | 1 | 01883522 | RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR ( ESPECIFICO ) | 1 | | Pendiente Auditoria POS |
| 19814001 | 2 | 01890280 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA | 1 | | Pendiente Auditoria POS |

Este documento es informativo y no tiene validez para facturación de servicios.

Escaneado con CamScanner

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

RESOLUCION 003047 DE 2008 - ANEXO TECNICO No. 3

# SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO SOLICITUD **13516493** Fecha y Hora: 25/04/2022 10:26:36

**INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)**

Nombre

**IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI**

CODIGO: 760010371501 DIRECCION NIT : 890303841-8

TELEFONO : 4892222 DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA MUNICIPIO : 76001 CALI

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA **EMSSANAR S.A.S. SUBSIDIADO** ESS118

**DATOS DEL PACIENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **GRUESO** | **MINOTTA** | **PATRICIA** | |
| 1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre |

Tipo Documento de Indentificacion: [X] Cedula de Ciudadania — Numero documento de identificacion: 66742368 — Fecha de Nacimiento: 12/07/1967

Direccion de Residencia Habitual: CALLE 5 C — Telefono : 3157172556

Departamento : 76 VALLE DEL CAUCA — Municipio : 76001 SANTIAGO DE CALI

Telefono Celular : — Correo Electronico :

Cobertura en salud : [X] Regimen Subsidiado

**INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS**

Origen de la atencion : [X] Consulta Externa

Tipo de Servicios Solicitados : [X] Servicios Electivos

Prioridad de la atencion : [X] Prioritaria

Ubicacion del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion : [X] Consulta Externa

Servicio : TRAUMATOLOGIA Cama : 0

Manejo integral segun Guia de : TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL MIEMBRO INFERIOR

| CUPS | Cantidad | Descripcion | Autorizado |
|---|---|---|---|
| 883522 | 1 | RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERI | |

Justificacion Clinica :
RMN MUSLO IZQUIERDO

Firma Profesional

| | | | |
|---|---|---|---|
| Impresion Diagnostica : | CIE10 | Descripcion | |
| Diagnostico Principal: | R224 | TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL MIEMBRO INFERIOR | |
| Diagnostico relacionado 1 | ... | ... | |
| Diagnostico relacionado 2 | ... | ... | |

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA**

Nombre de que solicita: IMPRESO: 25/04/2022 10:31:20 Telefono 4892222

CARLOS ALBERTO NEIRA GALVIS RM 9023

Cargo MEDICO-TRAUMATOLOGO-CIRUJANO ID 14878294 Telefono Celular

MPS-SAS V5.0 2008-07-11 RedSalud V.1.0.15 Usuario :JANETH VALERO MONTOYA Control : 1185455 0

Escaneado con CamScanner

# IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI

## HISTORIA CLINICA - TRAUMATOLOGIA

Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA-4892222

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | Registro | 1164955 | | | | | | |
| S DE IDENTIFICACION | | IDENTIFICACION | CC | 66742368 | HISTORIA | 1185455 | 0 | SEXO | F | | | | | | |
| CHA Y HORA CONSULTA | 25/04/2022 08:56:52 | MUNICIPIO | SANTIAGO DE CALI | | BARRIO | EL SENA | | | | | | | | | |
| P. RESPONSABLE | | TELEFONO | | | ESCOLARIDAD | Básica Secundaria | | | | | | | | | |
| NOMBRES | PATRICIA | APELLIDOS | GRUESO | MINOTTA | EDAD | 54 | Años | 9 | Mese | 13 | Dias | | | | |
| DIRECCION | CALLE 5 C | TELEFONO | 3157172556 | ASEGURADOR | EMSSANAR S A S. SUBSIDIADO | | | | | | | | | | |

## II. DATOS GENERALES DEL EVENTO

TIPO DE CONSULTA: 3 — Consulta Externa

MOTIVO CONSULTA: MASA MUSLO IZQUIERDO.

REMITE: IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI — ESTADO CIVIL: SOLTERO

## IV. ANAMNESIS - ENFERMEDAD

GESTANTE: NO — SEMANAS: 0 — PES: 65 Kg.

PTA CON MASA EN MUSLO IZQUIEDO. SE LA NOTA HACE TRES AÑOS. TRAE ECOGRAFIA DEL 29 DE MARZO 2022 MUESTRA MASA DE TEJIDOS BLANDOS DE 5.4 X 3.9 X 2.4 CM EN TERCIO MEDIO . ANTERIOR DEL MUSLO PODRIA CORRESPONDER A UN FIBROLIPOMA RECOMIENDAN RMN DE MUSLO

## ANTECEDENTES

ALERTA TEMPRANA: Ninguno

PATOLOGICOS: HTA, PRE DIABETES, HIPOTIROIDISMO.
FARMACOLOGICOS: AMLODIPINO, HIDROCLOROTIAZIDA , METFORMINA, LEVOTIROXINA
QUIRURGICOS: NIEGA

## REVISION POR SISTEMAS

T. | N. | M. | ORGANO AFECTADO | ESTADIO

NEGATIVO

## V. EXAMEN FISICO

| SIGNOS VITALES | F.C. | 0 | Temp | 0 | ° C | T. A | 0 | / | 0 | mmHg | FR: | 0 | x min | GLASGOW: | Ocular | 4 | Verbal | 5 | Motora | 6 | Talla | 160 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

MUSLO IZQUIERDO,. MASA CARA ANTERIOR DEL MUSLO TERCIO MEDIO , MOVIL DOLOROSO SUBFACIAL.

## DIAGNOSTICOS

MUSLO IZQUIERDO.

Impresion : 25/04/2022 08:58:58

| | | |
|---|---|---|
| R224 | TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL | ok |

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
Dr. Carlos A. Neira
Traumatologo
Codigo: 1203

| CONDUCTA | ORIGEN | TRAUMATOLOGIA | DESTINO | Atendido y Enviado a Casa |
|---|---|---|---|---|

AMERITA RMN DE MUSLO IZQUIERDO. CITA CON ONCOLOGIA ORTOPEDICA.

Medico: CARLOS ALBERTO NEIRA GALVIS
14878294 MEDICO-TRAUMATOLOGO-CIRUJANO
Registro Medico: 9023

Escaneado con CamScanner

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

RESOLUCION 003047 DE 2008 - ANEXO TECNICO No. 3

# SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO SOLICITUD **13516137** Fecha y Hora: 25/04/2022 08:58:13

**INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)**

Nombre

**IPS: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - CALI**

CODIGO: 760010371501 DIRECCION NIT : 890303841-8

TELEFONO : 4892222 Cra 4 nro 17 - 67 CALI - COLOMBIA

DEPARTAMENTO **VALLE DEL CAUCA** MUNICIPIO : **76001 CALI**

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA **EMSSANAR S.A.S. SUBSIDIADO** ESS118

**DATOS DEL PACIENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **GRUESO** | **MINOTTA** | **PATRICIA** | |
| **1er Apellido** | **2do Apellido** | **1er Nombre** | **2do Nombre** |
| Tipo Documento de Indentificacion | Numero documento de identificacion | | Fecha de Nacimiento |
| [X] Cedula de Ciudadania | **66742368** | | 12/07/1967 |
| Direccion de Residencia Habitual: | CALLE 5 C | | Telefono : 3157172556 |
| Departamento : 76 | VALLE DEL CAUCA | Municipio : 76001 | SANTIAGO DE CALI |
| Telefono Celular : | | Correo Electronico : | |

Cobertura en salud :

[X] Regimen Subsidiado

**INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS**

Origen de la atencion : Tipo de Servicios Solicitados : Prioridad de la atencion :

[X] Consulta Externa [X] Servicios Electivos [X] No prioritaria

Ubicacion del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion :

[X] Consulta Externa Servicio : TRAUMATOLOGIA Cama : 0

Manejo integral segun Guia de : TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL MIEMBRO INFERIOR

| CUPS | Cantidad | Descripcion | Autorizado |
|---|---|---|---|
| 883521 | 1 | RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ART | |
| 890380 | 1 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y | |

Justificacion Clinica :

RMN DEMUSLO IZQUIERDO., CITA ORTOPEDIA ONCOLOGICA - require cita en 30 dias

HOSPITAL San Juan de Dios

Firma Profesional

| Impresion Diagnostica : | CIE10 | Descripcion |
|---|---|---|
| Diagnostico Principal: | R224 | TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN EL MIEMBRO INFERIOR |
| Diagnostico relacionado 1 | ... | ... |
| Diagnostico relacionado 2 | ... | ... |

**INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA**

Nombre de que solicita: IMPRESO: 25/04/2022 08:59:11 Telefono 4892222

CARLOS ALBERTO NEIRA GALVIS RM 9023

Cargo MEDICO-TRAUMATOLOGO-CIRUJANO ID 14878294 Telefono Celular

MPS-SAS V5.0 2008-07-11 RedSalud V.1.0.15 Usuario :JANETH VALERO MONTOYA Control : 1185455 0

Escaneado con CamScanner

Sr(a) PATRICIA, Emssanar informa AUTORIZACION 2022001671157 aprobada para CONSULTA DE PRIMERA VEZ - MEDICINA SUBESPECIALIZADA - ORTOPEDIA ONCOLOGICA en ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA - CALI ( VALLE ) DIR:CL 5 # 36 - 08 TEL:926206275 4:14 p. m.

4:14 p. m.

martes, 28 de junio

Sr(a) PATRICIA, Emssanar informa AUTORIZACION 2022001899920 aprobada para RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR ( ESPECIFICO ) en IMAGENES DIAGNOSTICAS SAN JOSE SAS - CALI ( VALLE ) DIR:CL 5 # 36 - 08 PI 1 IMAGENOLOGIA DE CALI TEL:4870074 8:05 a. m.

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE
IDENTIFICACIÓN
CÉDULA DE CIUDADAN

NÚMERO **66.742.368**

**GRUESO MINOTTA**

APELLIDOS

**PATRICIA**

NOMBRES



FIRMA

Escaneado con CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-JUL-1967**

**BUENAVENTURA**
**(VALLE)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.60** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**28-NOV-1990 BUENAVENTURA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-3100150-01300160-F-0066742368-20220602 **0079**53458A 1 8504778765

Escaneado con CamScanner