



ANEXO TECNICO No: 3  
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

AG 0001		Fecha: 01/03/2018		Hora: 07:00AM	
NUMERO DE SOLICITUD		IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA 900653844-6			
Nombre del prestador		CL 30 No 12 - 05			
Código	230010172701	Dirección del Prestador			
Teléfono	3104110695	Departamento:	CORDOBA	23	Municipio: MONTERIA
Número		SALUD VIDA		CODIGO:	EPS033
ENTIDAD A LA QUE SE SOLICITA AUTORIZACION		DATOS DEL PACIENTE			
TAMARA		ORTIZ		LINA	
1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		1er. NOMBRE	
Tipo de Documento de Identificación		1067097250		Número de Documento de Identificación	
<input type="checkbox"/> Registro Civil		<input type="checkbox"/> Pasaporte		Fecha de Nacimiento: 14/01/1998	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificar			
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/> Menor sin Identificar			
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería					
Dirección de residencia Habitual:		VDA COSTA RICA		Teléfono: 3215039052	
Departamento: CORDOBA		Municipio: MONTERIA		001 Teléfono celular	
Correo electrónico					
Cobertura en Salud		<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado-Parcial		<input type="checkbox"/> Población Pobre No Sisbenizada	
<input checked="" type="checkbox"/> Regimen Contributivo		<input type="checkbox"/> Población Pobre No Cubierta		<input type="checkbox"/> Desplazado	
<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado-Total				<input type="checkbox"/> Planes Adicionales de salud	
				<input type="checkbox"/> OTRO. Cual?	

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

ORIGEN		<input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo		<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General		<input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito		Prioridad de la Atención	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional				<input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria	
TIPO DE SERVICIO				<input type="checkbox"/> No Prioritaria	
<input checked="" type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencias					
<input type="checkbox"/> Servicios Electivos					
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización		Servicio		Cama	
<input type="checkbox"/> Consulta Externa		HOSPITALIZACION DOMICILIARIA			
<input type="checkbox"/> Urgencias		<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización			

Manejo Integral según guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
1 SV000069	31	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERIA AUXILIAR DIURNO 24 HORAS URBANO
2 890101	1	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL
3 890111	19	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA, POR FISIOTERAPIA
4		VER ORDENES MEDICAS ANEXADAS EN LA HISTORIA
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Justificación Clínica:

PACIENTE FEMENINA MAYOR DE EDAD, INGRESA AL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA, PARA CONTINUAR TRATAMIENTO.

Impresión Diagnóstica

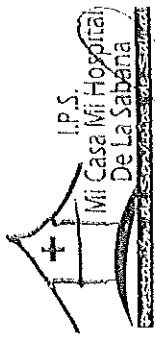
Diagnóstico principal  
Diagnóstico relacionado 1  
Diagnóstico relacionado 2

CIE 10  
G800

Descripción  
PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Profesional que solicita:		Teléfono: 7894339		Extensión	
Nombre: LILIANA DEL CARMEN CORREA		Número			
Cargo: MEDICO R.M. 5-2015		Teléfono celular			



Fecha 28 02 2018  
Día Mes Año

Nombre:

Yina Tamara Ortiz

Identificación: 1067097250

R/

Correos electrónicos

Ortiz Yina

#30

Yina Tamara Ortiz



Fecha 28 02 2018  
Día Mes Año

Nombre:

Yina Tamara Ortiz

Identificación: 1067097250

R/

Tarjetas

Ortiz Yina

#20

Yina Tamara Ortiz



Fecha 28 02 2018  
Día Mes Año

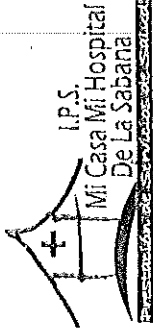
Nombre: Juan Tamariz Ortiz  
Identificación: 1067097250

R/

ss. Visita medico  
Oruichin

Penzance

Dr. [illegible]  
U. [illegible]



Fecha 29 02 2018  
Día Mes Año

Nombre: Juan Tamariz Ortiz  
Identificación: 1067097250

R/

Orduño de Enriquez  
24 hrs  
x 1 mes

Dr. [illegible]  
U. [illegible]

# EVOLUCIÓN HISTORIA CLÍNICA

IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.  
Nit NI 900653844-6 Codigo 2300101727

CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339  
MONTERIA - CORDOBA

Usuario	CC 1067097250 TAMARA ORTIZ LINA MARCELA
FECHA	DESCRIPCION

ABDOMEN BLANDO, GASTROSTOMIA EN BUENAS CONDICIONES  
GU NORMOCONFIGURADOS, USO DE PAÑALES DESECHABLES, NO CONTROL DE  
ESFINTERES, PRESENCIA DE ESCARAS EN REGION SACRA  
EXTREMIDADES HIPOTROFICAS  
SNC SECUELAS DE PARALISIS CEREBRAL, ESPASTICA, AUSENCIA DE LENGUAJE  
ESCALA DE BARTHEL: PACIENTE QUIEN REQUIERE SER ALIMENTADA POR OTRA PERSONA  
POR MEDIO DE GASTROSTOMIA, REQUIERE QUE OTRA PERSONA LA VISTA O ARREGLE, NO  
CONTROLA ESFINTERES, DEPENDIENTE DE PERSONA FUERTE PARA TRASLADARLA DE LA  
CAMAA LA SILLA, NO DEAMBULA.  
PUNTAJE DE 10. DEPENDENCIA ALTA  
PACIENTE QUIEN POR SUS CONDICIONES REQUIERE CONTINUAR EN EL PROGRAMA CON :

- \* CUIDADOS DE ENFERMERIA 24 HORAS POR 1 MES
- \* VISITA MEDICA DOMICILIARIA MENSUAL
- \* TERAPIA FISICA DOMICILIARIA DIARIA # 20 SESIONES AL MES
- \* CURACIONES DIARIAS

Dr(a). LILIANA DEL CARMEN CORREA

28/02/2018 PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD QUIEN PERTENECE AL PROGRAMA DE  
HOSPITALIZACION DOMICILIARIA DE FORMA INDEFINIDA CON DIAGNOSTICO DE:  
PARALISIS CERBRAL INFANTIL ESPASTICA  
EPILEPSIA  
RETARDO MENTAL GRAVE Y OTROS DETERIORES DEL COMPÒRTAMIENTO  
DESNUTRICION GRAVE.  
PACIENTE POSTARDA EN CAMA, ESPASTICA, EN PESIMO ESTADO MUSCULOESQUELETICO,  
SIN FUERZA NI TONO MUSCULAR CON TA: 90/60 FR: 16FC: 92T: 36°  
NORMOCEFALO, AFASICA, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS,  
TIENDA DE TRAQUEOSTOMIA EN BUENAS CONDICIONES  
TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PULMONES VENTILADOS  
ABDOMEN BLANDO, GASTROSTOMIA EN BUENAS CONDICIONES  
GU NORMOCONFIGURADOS, USO DE PAÑALES DESECHABLES, NO CONTROL DE  
ESFINTERES, PRESENCIA DE ESCARAS EN REGION SACRA  
EXTREMIDADES HIPOTROFICAS  
SNC SECUELAS DE PARALISIS CEREBRAL, ESPASTICA, AUSENCIA DE LENGUAJE  
ESCALA DE BARTHEL: PACIENTE QUIEN REQUIERE SER ALIMENTADA POR OTRA PERSONA  
POR MEDIO DE GASTROSTOMIA, REQUIERE QUE OTRA PERSONA LA VISTA O ARREGLE, NO  
CONTROLA ESFINTERES, DEPENDIENTE DE PERSONA FUERTE PARA TRASLADARLA DE LA  
CAMAA LA SILLA, NO DEAMBULA.  
PUNTAJE DE 10. DEPENDENCIA ALTA  
PACIENTE QUIEN POR SUS CONDICIONES REQUIERE CONTINUAR EN EL PROGRAMA CON :

- \* CUIDADOS DE ENFERMERIA 24 HORAS POR 1 MES
- \* VISITA MEDICA DOMICILIARIA MENSUAL
- \* TERAPIA FISICA DOMICILIARIA DIARIA # 20 SESIONES AL MES
- \* CURACIONES DIARIAS

Dr(a). LILIANA DEL CARMEN CORREA

*[Handwritten signature]*  
Dra. Liliana Correa  
Medico y Cirujano  
R.M. 5215  
U. Metropolitana

3-4-2018  
3:40 pm  
TOK (Liliana) - J. J. J. J.  
de la enfermera

FORMATO 1.

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DE CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA

Fecha de elaboración: 27-03-2018  
 Nombre: Lina Tamara Ortiz Identificación: 1067097250  
 Entidad Aseguradora: Salud Vida Edad: 19 Años  
 Diagnóstico: Parálisis Cerebral Infantil Espástica  
Retardo Mental Grave

Ítems a Evaluar	Estándar	Puntos Evaluados
<b>1. ACTIVIDADES BASICAS</b>		
Monitoreo estándar, Registro de Signos vitales (TA, FC, FR, T°C, SpO2)	(3)	3
Medicamentos intravenosos múltiples, más de un medicamento, en bolo o infusión	3	
<b>2. APOYO VENTILATORIO</b>		
Ventilación mecánica invasiva	5	
Ventilación mecánica no invasiva	(2)	2
Oxígeno suplementario con FIO2 mayor 35%	(2)	2
Oxígeno suplementario con FIO2 menor al 35%	1	
Cuidados de traqueotomía	(2)	2
<b>3. APOYO CARDIOVASCULAR</b>		
Administración intravenosa de grandes dosis de líquidos.	3	
Catéter venoso central, catéter PIC	2	
<b>4. APOYO RENAL</b>		
Mediciones cuantitativas del gasto urinario, catéter vesical	3	
<b>5. APOYO METABOLICO</b>		
Nutrición parenteral	5	
Alimentación enteral por sonda nasogástrica, gastrointestinal y/o yeyunostomía	(3)	3
<b>6. INTERVENCIONES ESPECIFICAS</b>		
Curaciones	(1)	1
Administración de medicamentos de protocolo especial. (Aplica para aquellos medicamentos que puedan generar abuso y dependencia (morfina-hidromorfona-meperidina-metadona-metilfenidato-fenobarbital, benzodiacepinas)	(2)	2
Manejo de sondas catéteres y drenes	3	
Manejo de abdomen abierto	(4)	4
<b>TOTAL</b>		<b>19.</b>

CLASE	PUNTOS	DISTRIBUCION
1	Mayor de 30	Auxiliar de enfermería permanente + seguimiento por enfermería profesional

II	30 – 25	Auxiliar de enfermería permanente
III	24 – 20	Auxiliar de enfermería 12 horas para cuidados de educación y administración de medicamentos. Evaluar número de días requeridos.
IV	19 – 15	Auxiliar de enfermería 6 horas o eventos para cuidado educación y administración de medicamentos evaluar número de días requeridos


**Nota:** Se debe evaluar cada caso de forma integral y específica.

OBSERVACIONES:

Paciente que por las condiciones y  
disposición requiere Cuidado  
Permanente de Enfermería

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

Es condición indispensable para la prestación del servicio la presencia de un cuidador responsable del paciente durante toda la prestación del servicio.

	<b>CERTIFICACION DE RECIBO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> FGDO-022 <b>VERSIÓN:</b> 01 <b>EMISIÓN:</b> 02/02/2016 <b>PÁGINA:</b> 1 de 1
	<b>PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL</b>	

**CERTIFICACION DE RECIBO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS**

FECHA DE ENTREGA:	01 03 2018
NOMBRE DEL PACIENTE:	Lina Marcela Tamayo Ortiz
IDENTIFICACION:	7067097250
E.P.S:	Salud Vida

Yo, cenit ortiz identificado con C.C. Número: 50885672 obrando en nombre propio como paciente y/o cuidador del paciente citado en el encabezado de este documento, recibo conforme los medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos relacionados a continuación:

No	MEDICAMENTO	PRESENTACION	CANTIDAD EN 24 HORAS	DIAS DE TRATAMIENTO ENTREGADO	TOTAL UNIDADES RECIBIDAS


No	DISPOSITIVOS MEDICOS	PRESENTACION	CANTIDAD EN 24 HORAS	DIAS DE TRATAMIENTO ENTREGADO	TOTAL UNIDADES RECIBIDAS

No	PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD EN 24 HORAS	DIAS DE TRATAMIENTO REALIZADOS	TOTAL TRATAMIENTOS RECIBIDOS
	Atención de enfermería 24 horas		31	31 ✓
	Uso de dispositivo dental		31	01 ✓ 01

OBSERVACION: \_\_\_\_\_

cenit ortiz  
 FIRMA DE PACIENTE Y/O CUIDADOR QUE CERTIFICA LOS SERVICIOS  
 Número de C.C. 50885672

P1 3-4-2018  
 6:40 PM

	<b>CERTIFICACION DE RECIBO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS</b>	<b>CÓDIGO:</b> FGDO-022 <b>VERSIÓN:</b> 01 <b>EMISIÓN:</b> 02/02/2016 <b>PÁGINA:</b> 1 de 1
	<b>PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL</b>	

**CERTIFICACION DE RECIBO DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS**

<b>FECHA DE ENTREGA:</b> _____ <b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b> <u>Doña Marcela Tamara Ortiz</u> <b>IDENTIFICACION:</b> <u>1.067.697.250</u> <b>E.P.S:</b> <u>Salud Vida</u>
--

Yo \_\_\_\_\_ identificado con C.C. Número: \_\_\_\_\_ obrando en nombre propio como paciente y/o cuidador del paciente citado en el encabezado de este documento, recibo conforme los medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos relacionados a continuación:

No	MEDICAMENTO	PRESENTACION	CANTIDAD EN 24 HORAS	DIAS DE TRATAMIENTO ENTREGADO	TOTAL UNIDADES RECIBIDAS

No	DISPOSITIVOS MEDICOS	PRESENTACION	CANTIDAD EN 24 HORAS	DIAS DE TRATAMIENTO ENTREGADO	TOTAL UNIDADES RECIBIDAS

No	PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD EN 24 HORAS	DIAS DE TRATAMIENTO REALIZADOS	TOTAL TRATAMIENTOS RECIBIDOS
	<u>Terapia Fisica</u>		<u>19</u>	<u>19</u> ✓

**OBSERVACION:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Genit Ortiz  
**FIRMA DE PACIENTE Y/O CUIDADOR QUE CERTIFICA LOS SERVICIOS**  
 Número de C.C. 50887672



# EVOLUCIÓN HISTORIA CLINICA

IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.  
Nit NI 900653844-6 Codigo 2300101727

CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339  
MONTERIA - CORDOBA

Usuario CC 1067097250 TAMARA ORTIZ LINA MARCELA

FECHA DESCRIPCION

ABDOMEN BLANDO, GASTROSTOMIA EN BUENAS CONDICIONES  
GU NORMOCONFIGURADOS, USO DE PAÑALES DESECHABLES, NO CONTROL DE  
ESFINTERES, PRESENCIA DE ESCARAS EN REGION SACRA  
EXTREMIDADES HIPOTROFICAS  
SNC SECUELAS DE PARALISIS CEREBRAL, ESPASTICA, AUSENCIA DE LENGUAJE  
ESCALA DE BARTHEL: PACIENTE QUIEN REQUIERE SER ALIMENTADA POR OTRA PERSONA  
POR MEDIO DE GASTROSTOMIA, REQUIERE QUE OTRA PERSONA LA VISTA O ARREGLE, NO  
CONTROLA ESFINTERES, DEPENDIENTE DE PERSONA FUERTE PARA TRASLADARLA DE LA  
CAMAA LA SILLA, NO DEAMBULA.  
PUNTAJE DE 10. DEPENDENCIA ALTA  
PACIENTE QUIEN POR SUS CONDICIONES REQUIERE CONTINUAR EN EL PROGRAMA CON :

- \* CUIDADOS DE ENFERMERIA 24 HORAS POR 1 MES
- \* VISITA MEDICA DOMICILIARIA MENSUAL
- \* TERAPIA FISICA DOMICILIARIA DIARIA # 20 SESIONES AL MES
- \* CURACIONES DIARIAS

Dr(a). LILIANA DEL CARMEN CORREA

28/02/2018 PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD QUIEN PERTENECE AL PROGRAMA DE  
HOSPITALIZACION DOMICILIARIA DE FORMA INDEFINIDA CON DIAGNOSTICO DE:  
PARALISIS CERBRAL INFANTIL ESPASTICA  
EPILEPSIA  
RETARDO MENTAL GRAVE Y OTROS DETERIOROS DEL COMPÒRTAMIENTO  
DESNUTRICION GRAVE.  
PACIENTE POSTARDA EN CAMA, ESPASTICA, EN PESIMO ESTADO MUSCULOESQUELETICO,  
SIN FUERZA NI TONO MUSCULAR CON TA: 90/60 FR: 16FC: 92T: 36°  
NORMOCEFALO, AFASICA, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS,  
TIENDA DE TRAQUEOSTOMIA EN BUENAS CONDICIONES  
TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PULMONES VENTILADOS  
ABDOMEN BLANDO, GASTROSTOMIA EN BUENAS CONDICIONES  
GU NORMOCONFIGURADOS, USO DE PAÑALES DESECHABLES, NO CONTROL DE  
ESFINTERES, PRESENCIA DE ESCARAS EN REGION SACRA  
EXTREMIDADES HIPOTROFICAS  
SNC SECUELAS DE PARALISIS CEREBRAL, ESPASTICA, AUSENCIA DE LENGUAJE  
ESCALA DE BARTHEL: PACIENTE QUIEN REQUIERE SER ALIMENTADA POR OTRA PERSONA  
POR MEDIO DE GASTROSTOMIA, REQUIERE QUE OTRA PERSONA LA VISTA O ARREGLE, NO  
CONTROLA ESFINTERES, DEPENDIENTE DE PERSONA FUERTE PARA TRASLADARLA DE LA  
CAMAA LA SILLA, NO DEAMBULA.  
PUNTAJE DE 10. DEPENDENCIA ALTA  
PACIENTE QUIEN POR SUS CONDICIONES REQUIERE CONTINUAR EN EL PROGRAMA CON :

- \* CUIDADOS DE ENFERMERIA 24 HORAS POR 1 MES
- \* VISITA MEDICA DOMICILIARIA MENSUAL
- \* TERAPIA FISICA DOMICILIARIA DIARIA # 20 SESIONES AL MES
- \* CURACIONES DIARIAS

Dr(a). LILIANA DEL CARMEN CORREA

27/03/2018 PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD QUIEN PERTENECE AL PROGRAMA DE  
HOSPITALIZACION DOMICILIARIA DE FORMA INDEFINIDA CON DIAGNOSTICO DE:  
PARALISIS CEREBRAL INFANTIL ESPASTICA  
EPILEPSIA

# EVOLUCIÓN HISTORIA CLINICA

IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.  
Nit NI 900653844-6 Codigo 2300101727

CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339  
MONTERIA - CORDOBA

Usuario CC 1067097250 TAMARA ORTIZ LINA MARCELA

FECHA DESCRIPCION

RETARDO MENTAL GRAVE Y OTROS DETERIOROS DEL COMPORTAMIENTO  
DESNUTRICION GRAVE.

PACIENTE POSTARDA EN CAMA, ESPASTICA, EN MAL ESTADO MUSCULOESQUELETICO, SIN  
FUERZA NI TONO MUSCULAR CON TA: 100/60 FR: 20FC: 90T: 36°

NORMOCEFALO, AFASICA, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS,  
TIENDA DE TRAQUEOSTOMIA EN BUENAS CONDICIONES

TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS SIN SOPLOS, PULMONES VENTILADOS

ABDOMEN BLANDO, GASTROSTOMIA EN BUENAS CONDICIONES

GU NORMOCONFIGURADOS, USO DE PAÑALES DESECHABLES, NO CONTROL DE  
ESFINTERES, PRESENCIA DE ESCARAS EN REGION SACRA

EXTREMIDADES HIPOTROFICAS

SNC SECUELAS DE PARALISIS CEREBRAL, ESPASTICA, AUSENCIA DE LENGUAJE

ESCALA DE BARTHEL: PACIENTE QUIEN REQUIERE SER ALIMENTADA POR OTRA PERSONA  
POR MEDIO DE GASTROSTOMIA, REQUIERE QUE OTRA PERSONA LA VISTA O ARREGLE, NO  
CONTROLA ESFINTERES, DEPENDIENTE DE PERSONA FUERTE PARA TRASLADARLA DE LA  
CAMAA LA SILLA, NO DEAMBULA.

PUNTAJE DE 10. DEPENDENCIA ALTA

PACIENTE QUIEN POR SUS CONDICIONES REQUIERE CONTINUAR EN EL PROGRAMA CON :

\* CUIDADOS DE ENFERMERIA 24 HORAS POR 1 MES

\* VISITA MEDICA DOMICILIARIA MENSUAL

\* TERAPIA FISICA DOMICILIARIA DIARIA # 20 SESIONES AL MES

\* CURACIONES DIARIAS

Dr(a). LILIANA DEL

*Liliana Correa A.*  
Medico Cirujano  
R.M. 1505  
U. Metropolitana

CORREA

