



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

NUMERO DE SOLICITUD		AG 0001		Fecha:		01/04/2018		Hora:		07:00AM																																																																		
Nombre del prestador		IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA 900653844-6																																																																										
Código		230010172701		Dirección del Prestador		CL 30 No 12 - 05																																																																						
Teléfono		3104110695		Departamento:		CORDOBA		23		Municipio:		MONTERIA		001																																																														
ENTIDAD A LA QUE SE SOLICITA AUTORIZACION				SALUD VIDA				CODIGO:		EPS033																																																																		
DATOS DEL PACIENTE																																																																												
HERNANDEZ				VEGA				PAOLA				CECILIA																																																																
1er. APELLIDO				2do. APELLIDO				1er. NOMBRE				2do. NOMBRE																																																																
Tipo de Documento de Identificación																																																																												
<input type="checkbox"/> Registro Civil				<input type="checkbox"/> Pasaporte				50919775																																																																				
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad				<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificar				Número de Documento de Identificación																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía				<input type="checkbox"/> Menor sin Identificar				Fecha de Nacimiento:				10/04/1978																																																																
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería																																																																												
Dirección de residencia Habitual:				NO INFORMA				Teléfono:		3217423551																																																																		
Departamento		CORDOBA		23		Municipio		MONTERIA		001		Teléfono celular		3216557396																																																														
Correo electrónico																																																																												
Cobertura en Salud																																																																												
<input type="checkbox"/> Regimen Contributivo				<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado-Parcial				<input type="checkbox"/> Población Pobre No Sisbenizada				<input type="checkbox"/> Planes Adicionales de salud																																																																
<input checked="" type="checkbox"/> Regimen Subsidiado-Total				<input type="checkbox"/> Población Pobre No Cubierta				<input type="checkbox"/> Desplazado				<input type="checkbox"/> OTRO. Cual?																																																																
INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS																																																																												
ORIGEN																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General				<input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo				<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico																																																																				
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional				<input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito																																																																								
TIPO DE SERVICIO																																																																												
<input checked="" type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencias				<input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria				Prioridad de la Atención																																																																				
<input type="checkbox"/> Servicios Electivos				<input type="checkbox"/> No Prioritaria																																																																								
Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización																																																																												
<input type="checkbox"/> Consulta Externa				<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización				Servicio				HOSPITALIZACION DOMICILIARIA																																																																
<input type="checkbox"/> Urgencias								Cama																																																																				
Manejo Integral según guía de:																																																																												
<table border="1"><thead><tr><th>Código CUPS</th><th>Cantidad</th><th>Descripción</th></tr></thead><tbody><tr><td>1 SV000012</td><td>30</td><td>ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR ENFERMERIA AUXILIAR 12 HORAS URBANO</td></tr><tr><td>2 890101</td><td>1</td><td>ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL</td></tr><tr><td>3</td><td></td><td>VER ORDENES MEDICAS ANEXADAS EN LA HISTORIA</td></tr><tr><td>4</td><td></td><td></td></tr><tr><td>5</td><td></td><td></td></tr><tr><td>6</td><td></td><td></td></tr><tr><td>7</td><td></td><td></td></tr><tr><td>8</td><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td></td><td></td></tr><tr><td>11</td><td></td><td></td></tr><tr><td>12</td><td></td><td></td></tr><tr><td>13</td><td></td><td></td></tr><tr><td>14</td><td></td><td></td></tr><tr><td>15</td><td></td><td></td></tr><tr><td>16</td><td></td><td></td></tr><tr><td>17</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18</td><td></td><td></td></tr><tr><td>19</td><td></td><td></td></tr><tr><td>20</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>														Código CUPS	Cantidad	Descripción	1 SV000012	30	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR ENFERMERIA AUXILIAR 12 HORAS URBANO	2 890101	1	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL	3		VER ORDENES MEDICAS ANEXADAS EN LA HISTORIA	4			5			6			7			8			9			10			11			12			13			14			15			16			17			18			19			20		
Código CUPS	Cantidad	Descripción																																																																										
1 SV000012	30	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR ENFERMERIA AUXILIAR 12 HORAS URBANO																																																																										
2 890101	1	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR MEDICINA GENERAL																																																																										
3		VER ORDENES MEDICAS ANEXADAS EN LA HISTORIA																																																																										
4																																																																												
5																																																																												
6																																																																												
7																																																																												
8																																																																												
9																																																																												
10																																																																												
11																																																																												
12																																																																												
13																																																																												
14																																																																												
15																																																																												
16																																																																												
17																																																																												
18																																																																												
19																																																																												
20																																																																												
Justificación Clínica:																																																																												
PACIENTE FEMENINO MAYOR DE EDAD, INGRESA AL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA, PARA CONTINUAR TRATAMIENTO.																																																																												
Impresión Diagnóstica																																																																												
Diagnóstico principal				CIE 10		Descripción																																																																						
Diagnóstico relacionado 1				G360		PARAPLEJIA ESPASTICA																																																																						
Diagnóstico relacionado 2				G821																																																																								
				ROMIELITIS OPT																																																																								
INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA																																																																												
Profesional que solicita:				Teléfono:		7894339																																																																						
Nombre				LILIANA DEL CARMEN CORREA		Número				Extensión																																																																		
Cargo				MEDICO R.M. 5-2015		Teléfono celular																																																																						

IPS  
Mi Casa Mi Hospital  
De La Sabana  
"Sobre la roca de Jesús"  
Protección de Servicios de Salud

Fecha 27 03 2018  
Día Mes Año

Nombre: Yada Hernandez Vaca

Identificación: 50919778

R/

Torpe física de vida  
Din. \$ 20 / día

Dra. Liliana Correa A  
Médico y Cirujano  
U. Metropolitana  
R.M. 5-2015

6

IPS  
Mi Casa Mi Hospital  
De La Sabana  
"Sobre la roca de Jesús"  
Protección de Servicios de Salud

Fecha 27 03 2018  
Día Mes Año

Nombre: Yada Hernandez Vaca

Identificación: 50919775

R/

Es. Quidado de  
Atención 12 horas  
día

Dra. Liliana Correa A  
Médico y Cirujano  
U. Metropolitana  
R.M. 5-2015

8



Fecha 

27	03	2018
----	----	------

Día Mes Año

Nombre:

*Paola Annunzio Vega*

Identificación:

*50919775*

*RI*

*ss. Visita medico*

*obstetrica*

*menor.*

*Dra. Liliana Cortez R.*  
*Medico y Cirujano*  
*R.M. 5-2018*  
*U/Med/PO/237*

# EVOLUCIÓN HISTORIA CLINICA

Abril

IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.

CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339

Nit NI 900653844-6 Codigo 2300101727

MONTERIA - CORDOBA

Usuario CC 50919775 HERNANDEZ VEGA PAOLA CECILIA

FECHA DESCRIPCION

4:30PM

PACIENTE ALERTA, SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON SU ACOMPAÑANTE, EN SILLA DE RUEDAS, SE REALIZA TERAPIA FISICA, CON MOVILIZACIONES PASIVAS DE MIEMBROS INFERIORES, APROXIMACIONES ARTICULARES, TECNICA DE KABATH, EJERCICIOS ACTIVOS Y DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN MIEMBROS SUPERIORES, TOLERA SESION. QUEDA ESTABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE DAN RECOMEDACIONES ESTABLE EN CAMBIO DE POSICION CADA DOS HORAS.

Dr(a). VANESSA VALDELAMAR

27/02/2018 7:00AM

PACIENTE ALERTA, SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON SU ACOMPAÑANTE, EN SILLA DE RUEDAS, SE REALIZA TERAPIA FISICA, CON MOVILIZACIONES PASIVAS DE MIEMBROS INFERIORES, APROXIMACIONES ARTICULARES, TECNICA DE KABATH, EJERCICIOS ACTIVOS Y DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN MIEMBROS SUPERIORES, TOLERA SESION. QUEDA ESTABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE DAN RECOMEDACIONES ESTABLE EN CAMBIO DE POSICION CADA DOS HORAS.

4:30PM

PACIENTE ALERTA, SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON SU ACOMPAÑANTE, EN SILLA DE RUEDAS, SE REALIZA TERAPIA FISICA, CON MOVILIZACIONES PASIVAS DE MIEMBROS INFERIORES, APROXIMACIONES ARTICULARES, TECNICA DE KABATH, EJERCICIOS ACTIVOS Y DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN MIEMBROS SUPERIORES, TOLERA SESION. QUEDA ESTABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE DAN RECOMEDACIONES ESTABLE EN CAMBIO DE POSICION CADA DOS HORAS.

Dr(a). VANESSA VALDELAMAR

28/02/2018 7:00AM

PACIENTE ALERTA, SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON SU ACOMPAÑANTE, EN SILLA DE RUEDAS, SE REALIZA TERAPIA FISICA, CON MOVILIZACIONES PASIVAS DE MIEMBROS INFERIORES, APROXIMACIONES ARTICULARES, TECNICA DE KABATH, EJERCICIOS ACTIVOS Y DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN MIEMBROS SUPERIORES, TOLERA SESION. QUEDA ESTABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE DAN RECOMEDACIONES ESTABLE EN CAMBIO DE POSICION CADA DOS HORAS.

4:30PM

PACIENTE ALERTA, SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON SU ACOMPAÑANTE, EN SILLA DE RUEDAS, SE REALIZA TERAPIA FISICA, CON MOVILIZACIONES PASIVAS DE MIEMBROS INFERIORES, APROXIMACIONES ARTICULARES, TECNICA DE KABATH, EJERCICIOS ACTIVOS Y DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN MIEMBROS SUPERIORES, TOLERA SESION. QUEDA ESTABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE DAN RECOMEDACIONES ESTABLE EN CAMBIO DE POSICION CADA DOS HORAS.

Dr(a). VANESSA VALDELAMAR

15/03/2018 VALORO PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD, PERTENECIENTE AL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA CON DOLOR INTENSO EN REGION DE CADERA

# EVOLUCIÓN HISTORIA CLINICA

IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.

CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339

Nit NI 900653844-6 Codigo 2300101727

MONTERIA - CORDOBA

Usuario CC 50919775 HERNANDEZ VEGA PAOLA CECILIA

FECHA DESCRIPCION

IZQUIERDA.DIAGNOSTICO CONOCIDOS:  
TUMOR EN MEDULA ESPINAL  
PARAPLEJIA SECUELAR  
VEJIGA NEUROPATICA NO INHIBIDA.  
IVU REINCIDENTE

PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, EN SILLA DE RUEDAS. EN REGULAR ESTADO GENERAL.

TA: 120/70

FC: 70

FR: 20

T : 36.º

NORMOCEFALO, CABELLOS BIEN IMPLANTADOS, CUELLO MOVIL, NO ADENOPATIAS. TORAX RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, SIN AGREGADOS.

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO. PERISTALSIS POSITIVA.

GU NO CONTROL DE ESFINTERES, CATETERISMO VESICAL CADA 4 HORAS.

EXTREMIDADES PARAPLEJIA, NO RIGIDEZ, MIEMBROS INFERIORES HIPOTROFICOS.

FRANCO DOLOR A LA PALPACION EN CADERA IZQUIERDA CON LIMITACION A LA MOVILIZACION

SNC ORIENTADA, CONSCIENTE, PARAPLEJIA.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA ANTE LOS CUALES LA PACIENTE DEBE ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS.

PACIENTE CON POSIBLE COXARTROSIS DE CADERA, TENIENDO EN CUENTA A DEMAS SU ANTECEDENTE DECIDO ORDENAR:

\* RX DE CADERAS COMPARATIVAS AP Y LATERAL ( PRIORITARIO)

\* VALORACION PRIORITARIA POR ORTOPEdia

\* VALORACION POR NEUROLOGIA

\* ANALGESICO VIA ORAL

DOY SIGNOS DE ALARMA ANTE LOS CUALES LA PACIENTE ACUDIRA AL SERVICIO DE URGENCIAS

Dr(a). LILIANA DEL CARMEN

27/03/2018

PACIENTE FEMENINA DE 60 AÑOS DE EDAD, QUIEN PERTENECEN AL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA CON ENFERMERIA 12 HORAS, TERAPIAS FISICAS DOMICILIARIAS TRES VECES POR SEMANA, CON DIAGNOSTICO MEDICO DE:

TUMOR EN MEDULA ESPINAL

PARAPLEJIA SECUELAR

VEJIGA NEUROPATICA NO INHIBIDA.

IVU REINCIDENTE

PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, EN SILLA DE RUEDAS. EN REGULAR ESTADO GENERAL.

TA: 110/70

FC: 70

FR: 20

T : 36.º

NORMOCEFALO, CABELLOS BIEN IMPLANTADOS, CUELLO MOVIL, NO ADENOPATIAS.

TORAX RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, SIN AGREGADOS.

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO. PERISTALSIS POSITIVA.

GU NO CONTROL DE ESFINTERES, CATETERISMO VESICAL CADA 4 HORAS.

EXTREMIDADES PARAPLEJIA, NO RIGIDEZ, MIEMBROS INFERIORES HIPOTROFICOS. DOLOR A LA PALPACION EN CADERA IZQUIERDA CON LIMITACION A LA MOVILIZACION

SNC ORIENTADA, CONSCIENTE, PARAPLEJIA.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA ANTE LOS CUALES LA PACIENTE DEBE ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS.

ESCALA DE BARTHEL: PACIENTE INDEPENDIENTE PARA VESTIRSE, COMER, NO CONTROLA

# EVOLUCIÓN HISTORIA CLINICA

IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.

CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339

Nit NI 900653844-6 Codigo 2300101727

MONTERIA - CORDOBA

Usuario CC 50919775 HERNANDEZ VEGA PAOLA CECILIA

FECHA DESCRIPCION

ESFINTERES, ES DEPENDIENTE PARA TRASLADARSE DE LA CAMA A LA SILLA DE RUEDAS,  
NO DEAMBULA, SE TRASLADA EN SILLA DE RUEDAS

PUNTAJE DE 35. DEPENDENCIA GRAVE

PACIENTE QUIEN CONTINUA EN EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA ASI:

\* CUIDADOS DE ENFERMERIA 12 HORAS POR UN MES

\* TERAPIAS FISICAS DOMICILIARIAS # 20

\* VISITA MEDICA DOMICILIARA MENSUAL

Dr(a). LILIANA DE CAMINO CORREA

Liliana Correa A.  
U. Medico y Cirujano  
M. 5-2015  
U. Medico y Cirujano

FORMATO 1.

CRITERIOS PARA LA ASIGNACION DE CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA

Fecha de elaboración: 30-04-2015  
 Nombre: Paola Hernandez Identificación: 50919375  
 Entidad Aseguradora: Saludviva Edad:   
 Diagnóstico: Tumor Medula Espinal  
paraplegia sacral + Urgia Neuropratica

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	
Oxígeno suplementario con FIO2 mayor 35%	2	
Oxígeno suplementario con FIO2 menor al 35%	1	
Cuidados de traqueotomía	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	
<b>6. INTERVENCIONES ESPECIFICAS</b>		
Curaciones	1	
Administración de medicamentos de protocolo especial. (Aplica para aquellos medicamentos que puedan generar abuso y dependencia (morfina-hidromorfona-meperidina-metadona-metilfenidalo-fenobarbital, benzodiacepinas)	2	
Manejo de sondas catéteres y drenes	3	3
Manejo de abdomen abierto	4	
<b>TOTAL</b>		<b>6</b>

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

Índice de Barthel. Actividades Básicas de la vida diaria			
Variable			Puntos
<b>COMER</b>			
Independiente: Capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable			10
Necesita ayuda: para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo			5
Dependiente: Necesita ser alimentado por otra persona			0
<b>VESTIRSE</b>			
Independiente: Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda			10
Necesita ayuda: Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable			5
Dependiente			0
<b>ARREGLARSE</b>			
Independiente: Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona			5
Dependiente: Necesita alguna ayuda			0
<b>DEPOSICIÓN</b>			
Continente: Ningún episodio de incontinencia			10
Accidente Ocasional: Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios			5
Incontinente			0
<b>MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)</b>			
Continente: Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por si solo.			10
Accidente Ocasional: Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos			5
Incontinente			0
<b>IR AL RETRETE</b>			
Independiente: Entra sale y sólo y no necesita ayuda de otra persona			10
Necesita ayuda: Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.			5
Dependiente: Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor			0
<b>TRASLADO SILLÓN - CAMA (Transferencias)</b>			
Independiente: No precisa ayuda			15
Minima ayuda: Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física			10
Gran ayuda: Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada			5
Dependiente: Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de mantener sentado			0
<b>DEAMBULACIÓN</b>			
Independiente: Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.			15
Necesita ayuda: Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.			10
Independiente: (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión			5
Dependiente			0
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>			
Independiente: Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona			10
Necesita ayuda			5
Dependiente: Incapaz de subir escalones			0
< 20 Dependencia alta	20-40 dependencia grave	45-55 moderada	60 o más: leve

Dependencia Grave

40



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

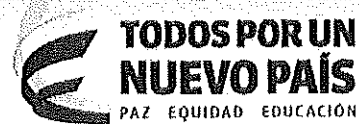
Nota: Se debe evaluar cada caso de forma integral y específica.

OBSERVACIONES:  
 Paciente sin alteraciones para el  
 su Enfermería permanente, requiere visita  
 de Enfermería a cada día para realizar  
 Cateterismo vesical, requiere cuidados para  
 higiene personal y de la herida.

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.

Dr. J. Mariana  
 Médico y Cirujano  
 R.M. 5-2015  
 Metropolitana



## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

### Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	50919775
NOMBRES	PAOLA CECILIA
APELLIDOS	HERNANDEZ VEGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CORDOBA
MUNICIPIO	MONTERIA

### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUDVIDA S.A. E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/03/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	04/04/2018 09:49:14	Estación de origen:	490.147.129.170
---------------------	------------------------	---------------------	-----------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y EOC y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se



IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.  
NI 900653844-6 Código : 2300101727  
CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339  
MONTERIA - CORDOBA

ADMISIÓN No.

8751

Fecha impresión 04/04/2018

Hora de impresión 02:39:51 p.m.

### Información Usuario

Identificación	50919775	HERNANDEZ VEGA PAOLA CECILIA	Sexo	FEMENINO
Dirección	VILLA SORRENTO MZ 5 LT 10		Fecha Nacimiento	10/04/1978
Municipio	MONTERIA		Edad	
Departamento	CORDOBA		Estado Civil	SIN DATOS
Empresa	SIN DATOS		Teléfono	3112610353
Teléfono	3112610353		Zona	URBANA
Ocupación	SIN DATOS			

Fecha de Ingreso 04/04/2018 Hora de Ingreso 02:31

Remitido de

Medico

Servicio

Ubicación	Pabellon	Cuarto	Cama
-----------	----------	--------	------

### Observaciones

CUIDADOS DE ENFERMERIA 12 HORAS MES DE ABRIL

### Entidad de Afiliación

SALUDVIDA

Dirección CALL 28 CAR3 ESQUINA

Teléfono 7817510

Contrato EVENTO

Tipo Afiliado CONTRIBUTIVO

Tarifario SALUDVIDA

Nivel socioeconómico 1

Autorización No.

Poliza No.

### Datos Familiares

En caso de Urgencia avisar a SIN DATOS

Teléfono 3112610353

Conyugue SIN DATOS

Ocupación SIN DATOS


Nombre del Padre SIN DATOS

Nombre de la Madre SIN DATOS

Firma del Usuario

MELINA MERCADO

Admitido por

	<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: 30-04-18  
 NOMBRE DEL PACIENTE: Paola Cecilia Hernandez Vega  
 IDENTIFICACION: 50.919.775  
 E.P.S.: Salud Viva

Yo Paola Hernandez Vega identificado con C.C. Numero: 50919775 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
	<u>lidocaina</u> <u>50 NO. 9%</u>	<u> tubo</u> <u>500cc</u>			<u>4</u> <u>3.</u>

No	DISPOSITIVOS MEDICOS	PRESENTACION	CANTIDAD EN 24 HORAS	DIAS DE TRATAMIENTO ENTREGADO	TOTAL UNIDADES RECIBIDAS
	<u>Sonda nasogastrica</u> <u>gastro estom</u> <u>je</u>	<u>#12.</u>		<u>30</u> <u>30</u>	<u>160</u> <u>160</u>

No	PROCEDIMIENTOS	CANTIDAD EN 24 HORAS	DIAS DE TRATAMIENTO REALIZADOS	TOTAL TRATAMIENTOS RECIBIDOS
	<u>Cuidados de enfermeria</u> <u>Valoracion medica</u>		<u>30</u> <u>30</u>	<u>30</u> <u>1.</u>

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

Paola Hernandez Vega

FIRMA DE PACIENTE Y/O CUIDADOR QUE CERTIFICA LOS SERVICIOS

Numero de C.C. 50.919.775

# 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 50919775 HERNANDEZ VEGA PAOLA CECILIA

FECHA DESCRIPCION

BUENAS CONDICIONES GENERALES CON SU ACOMPAÑANTE, EN SILLA DE RUEDAS, SE REALIZA TERAPIA FISICA CON MASAJE SEDATIVO EN MIEMBRO INFERIOR, MOVILIZACIONES PASIVAS DE MIEMBROS SUPERIORES, EJERCICIOS ACTIVOS Y DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR EN MIEMBROS SUPERIORES. QUEDA ESTABLE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE DAN RECOMENDACIONES ESTABLE EN CAMBIO DE POSICION CADA DOS HORAS.

4:30 PM

PACIENTE ALERTA, CONSIENTE, A LA VISITA DOMICILIARIA SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON SU ACOMPAÑANTE, EN SILLA DE RUEDAS, SE REALIZA TERAPIA FISICA CON MASAJE SEDATIVO EN MIEMBRO SUPERIOR. EL PTE SE PRESENTA DOLOR POR TAL MOTIVO SOO SE LE TRABAJA MIEMBRO SUPERIOR.

Dr(a). VANESSA VALDELAMAR

16/03/2018 7:00 AM

PACIENTE EN SU DOMICILIO, NO SE LE REALIZA TERAPIA FISICA, FUE ATENDIDA POR LA DRA LILIANA CORREA, SE LE SUSPENDE LAS TERAPIAS FISICAS HASTA LA REALIZACION DE UNA RX DE CADERA. PACIENTE QUEDA ESTABLE EN SU DOMICILIO EN COMPAÑIA DE ENFERMERIA.

Dr(a). VANESSA VALDELAMAR

14/04/2018 PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD, QUIEN PERTENECEN AL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA CON ENFERMERIA 12 HORAS, TERAPIAS FISICAS DOMICILIARIAS TRES VECES POR SEMANA, CON DIAGNOSTICO MEDICO DE:  
TUMOR EN MEDULA ESPINAL  
PARAPLEJIA SECUELAR  
VEJIGA NEUROPATICA NO INHIBIDA.  
IVU REINCIDENTE

PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, EN SILLA DE RUEDAS. EN REGULAR ESTADO GENERAL, CON SINBTOMATOLOGIA URINARIA, CULMINO TRATAMIENTO ORAL CON ANTIBIOTICOS HACE 10 DIAS POR TAL MOTIVO ORDENO:

\* UROCULTIVO CON ANTIBIOGRAMA DE CONTROL POS-TRATAMIENTO

\* VALORACION POR UROLOGIA CON RESULTADOS

Dr(a). LILIANA DEL CARMEN CORREA

30/04/2018 PACIENTE FEMENINA DE 39 AÑOS DE EDAD, QUIEN PERTENECEN AL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA CON ENFERMERIA 12 HORAS, TERAPIAS FISICAS DOMICILIARIAS TRES VECES POR SEMANA, CON DIAGNOSTICO MEDICO DE:  
TUMOR EN MEDULA ESPINAL  
PARAPLEJIA SECUELAR  
VEJIGA NEUROPATICA NO INHIBIDA.  
IVU RECURRENTE EN TRATAMIENTO

PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, AFEBRIL, HIDRATADA, EN SILLA DE RUEDAS. EN REGULAR ESTADO GENERAL.

TA: 100/70

FC: 72

FR: 20

T : 36.º

NORMOCEFALO, CABELLOS BIEN IMPLANTADOS, CUELLO MOVIL, NO ADENOPATIAS.  
TORAX RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES VENTILADOS, SIN AGREGADOS.

# EVOLUCIÓN HISTORIA CLINICA

IPS MI CASA MI HOSPITAL DE LA SABANA S.A.S.

CR 7 #14-56 BUENAVISTA - 7894339

Nit NI 900653844-6 Codigo 2300101727

MONTERIA - CORDOBA

Usuario CC 50919775 HERNANDEZ VEGA PAOLA CECILIA

FECHA DESCRIPCION

ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO. PERISTALSIS POSITIVA.  
GU NO CONTROL DE ESFINTERES, CATETERISMO VESICAL CADA 4 HORAS.  
EXTREMIDADES PARAPLEJIA, NO RIGIDEZ, MIEMBROS INFERIORES HIPOTROFICOS.DOLOR  
A LA PALPACION EN CADERA IZQUIERDA CON LIMITACION A LA MOVILIZACION  
SNC ORIENTADA, CONSCIENTE, PARAPLEJIA.  
SE DAN SIGNOS DE ALARMA ANTE LOS CUALES LA PACIENTE DEBE ACUDIR AL SERVICIO DE  
URGENCIAS.  
ESCALA DE BARTHEL: PACIENTE INDEPENDIENTE PARA VESTIRSE, COMER, NO CONTROLA  
ESFINTERES, ES DEPENDIENTE PARA TRASLADARSE DE LA CAMA A LA SILLA DE RUEDAS,  
NO DEAMBULA, SE TRASLADA EN SILLA DE RUEDAS  
PUNTAJE DE 35. DEPENDENCIA GRAVE  
PACIENTE QUIEN CONTINUA EN EL PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA ASI:  
\* CUIDADOS DE ENFERMERIA 12 HORAS DIARIAS POR UN MES  
\* TERAPIAS FISICAS DOMICILIARIAS TRES VECES POR SEMANA # 12  
\* VISITA MEDICA DOMICILIARA MENSUAL DEL MES DE MAYO DE 2018

Dr(a). LILIANA DEL CARMEN

Dr(a). Liliana Cortes A.  
F. 5-2015  
U. Hospital de la Sabana