MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 8,440 **Fecha** 2022/05/24 **Hora:** 16:10

INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)

Nombre : HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E- RIONEGRO **NIT:** NI 890907254

Código: 056150137602 **Dirección del prestador:** CRA 70 Nº 40-68

Teléfono: 574 - 5313700 **Departamento** 05 ANTIOQUIA **Municipio:** 615 RIONEGRO

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (Pagador): ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS S.A.S **Código:** EPSS40

DATOS DEL PACIENTE

GARCIA	GARZON	JESUS	ANTONIO
1er Apellido	**2do Apellido**	**1er Nombre**	**2do Nombre**

Tipo de documento CC **Numero de documento de identificación:** 3561809

Fecha de nacimiento: 1945/03/17 **Teléfono:** 318 404 56 93

Dirección de residencia habitual: ABREO

Departamento: 05 ANTIOQUIA **Municipio:** 615 RIONEGRO

Correo electronico: fegmm@hsjdeserionegro.com

Cobertura en salud: Subsidiado - Total

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención: Enfermedad general

Tipo de servicios solicitados: Servicios Electivos **Prioridad de la atención :** PRIORITARIA

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de autorización : Consulta externa

Servicio **Cama:**

Manejo integral segun guia de: .....

Código CUPS	Cantidad	Descripción
879111	1	879111 Tomografia axial computada de craneo simple
890284	1	890284- Consulta 1 vez especialista en Psiquiatria
903605	1	903605- ionograma - cloro -sodio- potasio bicarbonato o cal

Justificación clinica: ANALISIS PACIENTE MASCULINO SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS NO QUIRURGICOS NI ALERGICOS INCONTINENCIA FECAL Y URINARIA BARTHEL DE 10 PUNTOS EN EL MOMENTO CON RIGIDEZ MUSCULAR* CON TRASTORNO DEL LENGUAJE CONSIDERO PACIENTE REQUIERE VALORACION POR PSIQUITRIA TAC DE CRANEO SIMPLE PARA PODER ENVIAR A NEUROLOGIA

Impresión Diagnóstica	Código CIE10	Descripción
Diagnostico principal:	F209	ESQUIZOFRENIA* NO ESPECIFICADA
Diagnostico Relacionado 1:		
Diagnostico Relacionado 2:		
Diagnostico Relacionado 3:		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA



Nombre de quien solicita: NATALI BELLO CIFUENTES

Cargo o actividad: MEDICINA GENERAL **Teléfono:** 574 - 5313700