MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 7,560 **Fecha** 2022/05/10 **Hora:** 16:57

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

SILVA	RAMIREZ	JOAQUIN	EMILIO
1er Apellido	**2do Apellido**	**1er Nombre**	**2do Nombre**

Tipo de documento CC **Numero de documento de identificación:** 3562398

Fecha de nacimiento: 1930/09/28 **Teléfono:** 5623679 5610947

Dirección de residencia habitual: LOS PINOS

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
890266	1	890266-consulta 1 vez especialista en medicina Interna

Justificación clinica: Paciente masculino con antecedentes personales anotados con diagnostico de 1. ENFERMEDAD CARDIACA quien se le realiza ecocardiograma el dia 29.04.2022tiene ecocardiograma inform hipertrofia concentrica del ventriculo izquierdo con fraccion de eyeccion moderamente disminuida* disfuncion sistolica moderada del ventriclo derecho* insuficiencia mitral grado II. insuficiencia tricuspidea tricial psap 40mmHg dilatacion severa de ambas auriculas. disfuncion diastolica tipo ii indico valoracion por medicina interna.

Impresión Diagnóstica	Código CIE10	Descripción
Diagnostico principal:	I519	ENFERMEDAD CARDIACA* 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