MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 8,430 **Fecha** 2022/05/24 **Hora:** 15:12

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

GALVIS	ALZATE	MARIA	DEL CORADO
1er Apellido	**2do Apellido**	**1er Nombre**	**2do Nombre**

Tipo de documento CC **Numero de documento de identificación:** 39430047

Fecha de nacimiento: 1945/05/26 **Teléfono:** 3233885073

Dirección de residencia habitual: RIONEGRO

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
882317	2	312236 - Ecodoppler vasos venosos miembros inferiores

Justificación clinica: Paciente femenina con antecedente de Dolor en miemro en el momento con insuficiencia venosa llenado capilar adecuado indico ecodopller venoso en pierna y ademas ordeno analgesico

Impresión Diagnóstica	Código CIE10	Descripción
Diagnostico principal:	I872	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)
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