**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL**

## SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

**NUMERO DE SOLICITUD** 7,545 **Fecha** 2022/05/10 **Hora:** 15:27

**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**

| OCAMPO | ZULUAGA | MARIA | EDELMIRA |
|---|---|---|---|
| **1er Apellido** | **2do Apellido** | **1er Nombre** | **2do Nombre** |

**Tipo de documento** CC **Numero de documento de identificación:** 21961429

**Fecha de nacimiento:** 1930/10/12 **Teléfono:** 5610947-5301945

**Dirección de residencia habitual:** ASILO

**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 |
|---|---|---|
| 890284 | 1 | 890284- Consulta 1 vez especialista en Psiquiatria |

**Justificación clinica:** analisis Paciente femenina con antecdente perosnales anotados cond iagnostico deTRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION en el momento indico valoracion por psiquiatria.

| Impresión Diagnóstica | Código CIE10 | Descripción |
|---|---|---|
| **Diagnostico principal:** | F412 | TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION |
| **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