MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 7,548 **Fecha** 2022/05/10 **Hora:** 15:49

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

QUINTANA	GAVIRIA	ROSA	ANGELICA
1er Apellido	**2do Apellido**	**1er Nombre**	**2do Nombre**

Tipo de documento CC **Numero de documento de identificación:** 21331486

Fecha de nacimiento: 1929/07/26 **Teléfono:** 5610947

Dirección de residencia habitual: CBA

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
903605	1	903605- ionograma - cloro -sodio- potasio bicarbonato o cal

Justificación clinica:

analisis: PAciente femenina cona ntecedentes perosnal de SOMNOLENCIA con trastorno en la ultima semana del ciclo del sueño se considera por lo anterior paraclinicos demaneraurgente.

Impresión Diagnóstica	Código CIE10	Descripción
Diagnostico principal:	R400	SOMNOLENCIA
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