**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL**

## SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

**NUMERO DE SOLICITUD** 2,550 **Fecha** 2023/02/13 **Hora:** 15:30

**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**

| AGUIRRE | LOAIZA | AMPARO | DE LOS DOLORES |
|---|---|---|---|
| **1er Apellido** | **2do Apellido** | **1er Nombre** | **2do Nombre** |

**Tipo de documento** CC **Numero de documento de identificación:** 21416463

**Fecha de nacimiento:** 1941/04/09 **Teléfono:** 5661056 3116210071 5311804

**Dirección de residencia habitual:** CLL 55A # 38C-103 PUENTE REAL

**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 FEMENINA CON ANTECDENTE PERSONALD E HIPERTENSION ARTERIAL, HIPOTIROIDISMO QUIRURGICOS HERNIORRAFIA INGUINAL N2 CESAREA, N2 DCP ALERGICOS CARBAMAZEPINA SE LE COLITIO PLAQUETAS DE CONTROL EN EL 464 MIL DEL DIA 21.01.2023 Y ADEMAS UNAS PREVIAS 425 MIL INFORMANDO DE TROMBOCITOSIS CONSIDERO REALIZAR PARACLINICOS DE ESTUDIO POR TROMBOCITOSIS EN DOS TOMAS DISTINTAS

| Impresión Diagnóstica | Código CIE10 | Descripción |
|---|---|---|
| **Diagnostico principal:** | D691 | DEFECTOS CUALITATIVOS DE LAS PLAQUETAS |
| **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