MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 4,250 **Fecha** 2023/03/13 **Hora:** 17:15

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

HINCAPIE	ALZATE	JUAN	DE LA CRUZ
1er Apellido	**2do Apellido**	**1er Nombre**	**2do Nombre**

Tipo de documento CC **Numero de documento de identificación:** 690425

Fecha de nacimiento: 1923/05/30 **Teléfono:** 3127651835 5610947 3105010064

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
890366	1	890366-CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDI(
903028	1	903028-microalbuminuria semiautomatizada
903605	1	903605- ionograma - cloro -sodio- potasio bicarbonato o cal

Justificación clinica: PACIENTE MASCULINO CON ANTECEDENTES PEROSNALES HIPERTENSION ARTERIAL ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN EL MOMENTO PACIENTE QUIEN SE LE VENCIO LAORDEN PARACLINICOS MUY ANTIGUOS POR LO QUE CONSIDERO RENOVACIOND E ANEXO PARA MEDICINA INTERNA INDICO PARALCINICOS NUEVOS PARA ESUTIO ADECUADO DE SU PATOLOGIAS

Impresión Diagnóstica	Código CIE10	Descripción
Diagnostico principal:	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Diagnostico Relacionado 1:	N189	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA* NO ESPECIFICADA
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