MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 7,010 **Fecha** 2023/05/04 **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

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
SILVA		ALVARO	DE JESUS

Tipo de documento CC **Numero de documento de identificación:** 15425221

Fecha de nacimiento: 1948/05/28 **Teléfono:** 3127859807 3218223617 5614097

Dirección de residencia habitual: CARRERA 61 N. 50-110 LA INMACULADA

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
904904	1	904904-hormona estimulante del tiroides tsh ultrasensible

Justificación clinica: Paciente masculino con antecedentes patologicos anotados ocn diagnostico de HIPERTENSION ARTERIAL 2. HIPOTIROIDISMO quien se encuentra en adecuadas condicione sgnerales conciente y orientado indico paraclinicos de ocntrol renovacion

Impresión Diagnóstica	Código CIE10	Descripción
Diagnostico principal:	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Diagnostico Relacionado 1:	E039	HIPOTIROIDISMO* NO ESPECIFICADO
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