MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 7,002 **Fecha** 2023/05/04 **Hora:** 15:00

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

SOTO	OCAMPO	CARMEN	EMILIA
1er Apellido	**2do Apellido**	**1er Nombre**	**2do Nombre**

Tipo de documento CC **Numero de documento de identificación:** 21867540

Fecha de nacimiento: 1935/01/19 **Teléfono:** 3122294164 561-49-22- VECINA

Dirección de residencia habitual: VEREDA LOS PINOS

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
890206	1	890206 Consulta de primera vez nutricion y dietetica
890266	1	890266-consulta 1 vez especialista en medicina Interna

Justificación clinica: PACIENTE FEMENIAN COANNTECDENTE SPEROSNALES ANOTADOS OCND IAGNOSTICO DE GASTROENTERITI 2. DESNUTRICION PROTEICOCALORICA 3. DIABETES EMLLITUS NO INSULINODEPENDIENTE PACIWNTE EN EL MOMENTO CON BAJO PESO AL PARECER SE OBSERVA FENOTIPICAMENTE, PACIENTE CON PROBLEMAS DEGLUCION IDNICO MEDICAICON POR GASTROENTERITIS, ORDENO PARACLINICOS CONSIDEOR VLORACION POR NUTIRCION Y MEDICINA INTERNA PARA UN MANEJO ADECUADO

Impresión Diagnóstica	Código CIE10	Descripción
Diagnostico principal:	A099	GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO
Diagnostico Relacionado 1:	E46X	DESNUTRICION PROTEICOCALORICA * 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