MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 9,067 **Fecha** 2023/06/13 **Hora:** 16:15

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

ESCOBAR	ARBELAEZ	LUCIA	
1er Apellido	**2do Apellido**	**1er Nombre**	**2do Nombre**

Tipo de documento CC **Numero de documento de identificación:** 21801649

Fecha de nacimiento: 1939/01/21 **Teléfono:** 5610947

Dirección de residencia habitual: ASILO CUATRO ESQUINAS

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(
906406	1	906406-anticuerpos nucleares extractables totales [ena] ss-a [ro] ss-b [la] rnp y sm semiau
906442	1	906442-anticuerpos antinucleares semiautomatizado
906911	1	906911-Factor Reumatoideo Semiautomatizado o automatizado

Justificación clinica: PACIENTE FEMENINA CON ANTECEDENTES PERSONALES ANOTADOS CON DIAGNOSTICO MALESTAR Y FATIGA EN EL MOMENCO CON CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION DE MALESTAR GENERAL ASTENIA Y ADINAMIA CONSIDERO REALIZAR PARACLINICOS DE ESTUDIO PARA VERIFICAR OCMO SE ENCUENTRA

Impresión Diagnóstica	Código CIE10	Descripción
Diagnostico principal:	R53X	MALESTAR Y FATIGA
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