MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 11,314 **Fecha** 2023/07/24 **Hora:** 18:05

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): MUNICIPIO DE RIONEGRO **Código:** 05615

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
LOPEZ	GIRALDO	GILBERTO	

Tipo de documento AS **Numero de documento de identificación:** 05615NN01

Fecha de nacimiento: 1955/12/01 **Teléfono:** LO TRAEN DE LA ALCALDIA

Dirección de residencia habitual: CBA 5610947

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
890284	1	890284- Consulta 1 vez especialista en Psiquiatria

Justificación clinica: PACIENTE MASCULINO CON ANTECDENTE PERSONAL DE DEPRESION, DISARTRIA, EPILEPSIA QUIRURGICOS NO SE SABE ALERGICOS NIEGA EN EL MOMENTO PACIENTE QUIEN NO TIENE SEGUIMIENTO HAC MUCHO TIEMPO POR PSIQUITRIA SE CONSIDERA BVALROAICON DLE MISMO PARA SEGUIMIENTO ESTRICTO DE SU PATOLOGIA, CONSIDERO NUEVAMENTE PARACLINCISO DE SEGUIMIENTO VALORACION NUEVAMENTE PSIQUIATRIA CON PARACLINICOS PARA SU VALROACION

Impresión Diagnóstica	Código CIE10	Descripción
Diagnostico principal:	F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
Diagnostico Relacionado 1:	G409	EPILEPSIA* TIPO 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