MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

	No. Solicitud	2310235596	Fecha y hora :	23/10/2023 5:07:17 p. m.

Información del Prestador:(Solicitande)			
Nombre:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - RIONEGRO	Nit:	890907254-7
Codigo:	0561501376	Telefono:	5313700
Direccion:	CARRERA 48 No 56-59		
Departamento:	ANTIOQUIA	Codigo	05
Municipio:	RIONEGRO	Codigo	615
Entidad a la que se le Solicita(Pagador)	ALIANZA MEDELLIN EPS SUBSIDIADO CAPITA	Codigo	EPS040

Datos del Paciente

OSPINA		OSPINA	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
LUIS		FERNANDO	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de Documento	Cédula_Ciudadanía	Numero de Documento de Identificacion	15426476
Fecha de Nacimiento	1/11/1960 12:00:00 a. m.	Telefono	3206692828
Dirección	BARRIO CAMPO SANTANDER		
Departamento	ANTIOQUIA	Codigo	05
Municipio	RIONEGRO	Codigo	615
Cobertura en Salud	Subsidiado		

Informe de la Atención y Servicios Solicitados

Origen de la Atención	Enfermedad_General_Adulto	Tipo de Servicio Solicitado	PosteriorInicialUrgencia
Prioridad de la Atención	Prioritaria		
Ubicacion del Paciente al momento de la Solicitud de Autorización	Urgencias		
Servicio	CONSULTA EXTERNA GENERAL SGMM	Cama	
Manejo Integral Segun Guia			

Codigo Cups	Cantidad	Descripcion
904902	1	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES
903703	1	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]
903706	1	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]
890284	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

Justificación Clinica

ANALISIS: PACIENTE MASCULINO CON ANTECEDENTRS PERSONALES ANOTADOS CON DIAGNSOTICO CANCER PULMONAR EN EL MOMENTO CON EDEMAS EN MIJEMRBOS IFNERIORES Y ADEMAS CON INDICO FUROSEMIDA UNA TAB DIARIA Y ADEMAS POR NO HIDROMORFONA SE REALIZA INTERCAMBIO DE LA MEDICACION POR MORFINA CON TABLA DE EQUIVALENCIA POR LA DOSIS QUE CONSUME SE CONSIDERA CAMBIO DE 9 GOTAS DE MORFINA EN GOTAS 3% CADA 4H Y ADEMAS DOSIS DE RESCATE 4 GOTAS ENTRE DOSIS CONSIDERO SE DEBE ESTAR MONITORIZANDO LA DOSIS DE MEDICACION YA QUEES UNA DOSIS ALTA DE MEDICAMENTO, PERO NO SE PUEDE SUSPENDER, MANDO MEDICO PALIATIVO Y ADEMAS ORDENO VALORACION POR PSIQUIATRIA YA QUE EL PACIENTE ESTA CON UN TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION POR DIAGNOSTICO Y POCO APOYO SOCIAL INDICO SERTRALINA 50MG PRIMERA SEMANA ½ TABLET AY DESPUES UNA TABLE COMPLETA.

Impresión Diagnostica		
Diagnostico Principal	F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
Diagnostico relacionado1	C349	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA
Diagnostico Relacionado2		

Informacion de la Persona que Solicita

Nombre de quien Solicita	NATALI BELLO CIFUENTES		
Telefono Fijo		Telefono Celular	
	Indicativo-Numero-Ext		Indicativo-Numero-Ext
Cargo o Actividad			
Médico que Solicita:	1037586071 - NATALI BELLO CIFUENTES		