MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

	No. Solicitud	2310235613	Fecha y hora :	23/10/2023 6:30:59 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

GARCIA	
Primer Apellido	Segundo Apellido
BLANCA	EDILMA
Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento	Cédula_Ciudadanía	Numero de Documento de Identificacion	21962006
Fecha de Nacimiento	6/10/1949 12:00:00 a. m.	Telefono	3105010064
Dirección	ASILO SANTA ANA		
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		Cama	
Manejo Integral Segun Guia			

Codigo Cups	Cantidad	Descripcion
890384	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

Justificación Clinica
PACIENTE FEMENINA EL MOMENTO CON DIAGNOSTICO DE ESQIZOAFECTIVO SIN MEDICACION CON RISPERIDONA CONSIDERO DEBE SE RVALORADA POR PSIQUIATRIA YA ESTA EN SEGIMIENTO EN EL MOMENTO INDICO RENVACION DE ANEXO

Impresión Diagnostica		
Diagnostico Principal	F21X	TRASTORNO ESQUIZOTIPICO
Diagnostico relacionado1		
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		