MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

	No. Solicitud	2401225890	Fecha y hora :	22/01/2024 4:16:28 p. m.

Información del Prestador:(Solicitande)			
Nombre:	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E. 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	EPSS40

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	CONSULTA EXTERNA GENERAL SGMM	Cama	
Manejo Integral Segun Guia			

Codigo Cups	Cantidad	Descripcion
890282	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Justificación Clinica
PACIENTE FEMENINA CONANTECDENTES PEROSNALES ANOTADOS COND IAGNOSTICO DE CERUMEN IMPACTADO Y OJO SECO EN ELMOMENTO INDICO VALORACION POR OTORRINO YA QUE ES DE ALTO RIESGO DE PERFORACION TIMPANICA Y ADEMAS CONSIDERO PACITNE CON OJO SECO INDICO GOTAS OFTAMOLOGICAS

Impresión Diagnostica		
Diagnostico Principal	H612	CERUMEN IMPACTADO
Diagnostico relacionado1	H579	TRASTORNO DEL OJO Y SUS ANEXOS, NO ESPECIFICADO
Diagnostico Relacionado2		

Informacion de la Persona que Solicita

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