MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

	No. Solicitud	2401225901	Fecha y hora :	22/01/2024 4:36:51 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

ACEVEDO	GOMEZ
Primer Apellido	Segundo Apellido
MARIA	ROSELIA
Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento	Cédula_Ciudadanía	Numero de Documento de Identificacion	22096862
Fecha de Nacimiento	9/09/1943 12:00:00 a. m.	Telefono	3117301461
Dirección	ASILO EL CARMEN		
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
903839	1	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)
902210	1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
893805	1	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES

Justificación Clinica

PACIENTE FEMENINA CON ANTECEDENTE PEROSNAL DE HIPERTENSION ARTERIAL QUIRURGICOS NIEGA ALERGICOS NIEGA CON DIAGNOSJTICO ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA 2. HIPERTENSION ARTERIAL PACIENTE QUIEN PRESENTO NEUMONIA E DIERON ALTA CON REQUERIMIENTO DE OXIGENO AUN SE VERIFICA SI LA PACIENTE REQUIERE AUN EL OXIGENO DOMICILIARIO, GASES ARTERIALES, Y ADEMAS AÑADO AMLODIPINO 5MG A LAS 5 PM

Impresión Diagnostica		
Diagnostico Principal	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Diagnostico relacionado1	J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA
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		