



MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL  
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

No. Solicitud	2	Fecha	2022-12-27	Hora	12:28
<b>Información del Prestador:</b>					
Nombre:	CLINICA FARALLONES S.A.		Nit:	800212422	
Codigo:	760010576501	Direccion:	CALLE 9 C # 50 25		
Departamento:	VALLE		Codigo	76	
Municipio:	SANTIAGO DE CALI		Codigo	001	
Entidad a la que se le Solicita(Pagador)	SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.		Codigo	14-28	
<b>Datos del Paciente</b>					
ARBOLEDA		COIME			
Primer Apellido		Segundo Apellido			
LUIS		ANGEL			
Primer Nombre		Segundo Nombre			
Tipo de Documento	Cédula_Ciudadanía	Numero de Documento de Identificacion		13054028	
Fecha de Nacimiento	1970-07-27	Telefono		True	
Dirección	CL 55 29A 116 COMUNEROS				
Departamento	VALLE		Codigo	76	
Municipio	SANTIAGO DE CALI		Codigo	001	
Cobertura en Salud	Otro				
<b>Informe de la Atención y Servicios Solicitados</b>					
Origen de la Atención	Accidente_Laboral		Tipo de Servicio Solicitado		PosteriorInicialUrgencia
Prioridad de la Atención	Prioritaria				
Ubicación del Paciente al momento de la Solicitud de Autorización			Hospitalizacion		
Servicio	HOSPITALIZACION E INTERNACION 8 PISO		Cama	807-A HOSPITALIZACION GENERAL	
Manejo Integral Segun Guia	SOLICITUD DE ESTANCIA BIPERSONAL LOS DIAS 27-28-29-30-31 DICIEMBRE ,				
Justificación Clínica	:DX:1. SD COMPARTIMENTAL..S: PACIENTE REFIERE SENTIRSE UN POCO MEJOR DEL DOLOR, NO FIEBRE, NO DIFICULTAD PARA RESPIRAR. O: ENCUESTRO A PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION, ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES.C/C: NORMOCEFALICO, PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS, CUELLO: CENTRADO, MOVIL, SIN ADENOPATIAS, SIN MASAS. TORAX: NORMOEXPANSIBLE, SIN LESIONES. C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE ADECUADA INTENSIDAD, SIN SOPLOS, A LA AUSCULTACION PULMONAR MURMULLO VESICULAR PRESENTE, CAMPOS PULMONARES LIMPIOS, SIN RUIDOS SOBREGREGADOS, SIN TIRAJES INTERCOSTALES NI SUBCOSTALES. ABD: PERISTALTISMO PRESENTE, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS. EXT: SIMETRICAS, MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO: EDEMA CON INDURACION EN ANTEBRAZO EN TODA SU EXTENSION, TIENE DEFORMIDAD EN FLEXION DE LOS DEDO DE LA MANO, DOLOR A LA PALPACION, LA HERIDA QUE TIENE ESTA CON PUNTOS QUIRURGICOS Y SECRECION SEROSA ABUNDANTE. GENITO-URINARIO: NO EVALUADOS. NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA. NO SIGNOS MENINGEOS.				
<b>Impresión Diagnostica</b>					
Diagnostico Principal	S551	TRAUMATISMO DE LA ARTERIA RADIAL A NIVEL DEL ANTEBRAZO			
Diagnostico relacionado1					
Diagnostico Relacionado2					
<b>Informacion de la Persona que Solicita</b>					
Nombre de quien Solicita	LINA ARANGO				
Telefono Fijo		Telefono Celular			
	Indicativo-Numero-Ext		Indicativo-Numero-Ext		
Cargo o Actividad					

Codigo Cups  
S11302001

Cantidad  
5

Descripcion  
HABITACION BIPERSONAL INSTITUCIONES 3 NIVEL

Nombre reporte : ADRPAutorizacionServicios

LICENCIADO A: [CLINICA FARALLONES S.A.] NIT [800212422-7]