



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	Ninguno				
<b>Informe de la Atención y Servicios Solicitados</b>					
Origen de la Atención	Enfermedad_General_Adulto		Tipo de Servicio Solicitado	PosteriorInicialUrgencia	
Prioridad de la Atención	Prioritaria				
Ubicación del Paciente al momento de la Solicitud de Autorización			Urgencias		
Servicio			Cama		
<b>Manejo Integral Segun Guia</b>					
Justificación Clínica	DX:1. SD COMPARTIMENTAL. S: PACIENTE REFIERE SENTIRSE UN POCO MEJOR DEL DOLOR, NO FIEBRE, NO DIFICULTAD PARA RESPIRAR. O: ENCUENTRO 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 SOBREAGREGADOS, 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	ERIKA PEREZ				
Telefono Fijo		Telefono Celular			
	Indicativo-Numero-Ext		Indicativo-Numero-Ext		
Cargo o Actividad					

Codigo Cups	Cantidad	Descripcion
468021	1	DESCOMPRESION DE NERVIOS EN TUNEL DEL CARPO CON NEUROLISIS (CLINICA)
868510	1	PLASTIA EN Z O W EN ZONAS DE FLEXION
831450	1	FASCIOTOMIA EN ANTEBRAZO CON LIBERACION EN CODO Y MUÑECA

Nombre reporte : ADRPAutorizacionServicios

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