



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número de Solicitud: 6018

Fecha: 2018-03-29

Hora: 13:04

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231 - 0

CC ☐ Número

DV

Código:	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA						
Teléfono:	8	7405030							
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	001	
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR) FAMISANAR SAS EPS-C								Código:	100800

DATOS DEL PACIENTE

GONZALEZ	JIMENEZ	LAURA	YOJANNA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro Civil                  | <input type="checkbox"/> Pasaporte                 |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad            | <input type="checkbox"/> Ad□lto sin Identificación |
| <input checked="" type="checkbox"/> Céd□la de Ci□dadanía | <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación  |
| <input type="checkbox"/> Céd□la de Extranjería           |  |

1049642490

Número Documento Identificación

Fecha de Nacimiento: 1995-07-01

Dirección de la Residencia Habitual:		CARRERA 7 28 73		Teléfono:	3209056460	
Departamento:		BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	001
Teléfono Celular:		3209056460				
Correo Electrónico:						

Cobertura en Salud

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Régimen Contributivo | <input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - parcial            | <input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada sin SISBEN | <input type="checkbox"/> Plan adicional de Salud |
| <input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - total      | <input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada con SISBEN | <input type="checkbox"/> Desplazado                              | <input type="checkbox"/> Otro                    |

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atención		Tipo de Servicio Solicitado		Prioridad de la Atención	
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	<input checked="" type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de Urgencias	<input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Servicios Electivos	<input type="checkbox"/> No prioritaria	

Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización

<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio	PISO1 URG OBS O CAMA TMP	Cama	U520
<input type="checkbox"/> Urgencias					

Manejo Integral según Guía de:

Código	Cantidad	Descripción
S11302	10	INTERNACION COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Justificación Clínica:

PACIENTE DE 22 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION DESDE HACE 2 AÑOS SIN MANEJO FARMACOLOGICO, NIEGA HISTORIA FAMILIAR DE PATOLOGIA PSIQUIATRICA, QUIEN NO HA RECIBIDO TRATAMIENTO ADECUADO, QUIEN CUENTA CON POBRE RED DE APOYO, MULTIPLES ESTRESORES PSICOSOCIALES, ACTUALMENTE, IDEAS DE MUERTE ACTIVAS E IDEACION SUICIDA ESTRUCTURADA, POR LO QUE SE CONSIDERA AMERITA MANEJO INTRAHOSPITALARIO S/S EST DEL 29 DEMARZO 2018 AL 07 DE ABRIL 2018

Impresión Diagnóstica: Código CIE10 Descripción

Diagnóstico Principal:	F322	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
Diagnóstico Relacionado 1	F329	EPISODIO DEPRESIVO - NO ESPECIFICADO
Diagnóstico Relacionado 2	Z532	PACIENTE FUGADO

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de quien Solicita:	ANDRADE SALCEDO MARIA ALEJANDR - 151735	Teléfono:	098	4705030	2115
			indicativo	número	extensión
Cargo o Actividad:	MED ESPEC PSIQUIATRIA	Teléfono celular:			