

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NÚMERO DE SOLICITUD44Fecha:2018-5-3Hora:11:27

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E.			NIT	X	900959048		4
			CC		Número		DV
Código: 35		Dirección prestador: TRANSVERSAL 74F No. 40B-54 Sur					
Teléfono:	091	4-48-00-30					
	indicativo	número	Departamento: Bogotá D. C.		11	Municipio: BOGOTÁ, D.C.	001

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA(PAGADOR) SANITAS E.P.S.CÓDIGO: EPS005

DATOS DEL PACIENTE

GALINDO	TORO	MIRCHA	ALEXANDER
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1023865981
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	Número documento de identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	Fecha de Nacimiento: 86-01-17	

Dirección de Residencia Habitual: KENNEDY			Teléfono:	
Departamento: Bogotá D. C.		11	Municipio: BOGOTÁ, D.C.	
			001	
Teléfono celular:		Correo electrónico:		

Cobertura en salud

<input type="checkbox"/> Regimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - parcial	<input type="checkbox"/> Población Pobre no asegurada sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan adicional de salud
<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - total	<input checked="" type="checkbox"/> Población pobre no Asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input type="checkbox"/> Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención		Tipo de servicios solicitados		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 autorizacion:

<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio: SALUD MENTAL	Cama: 111
<input type="checkbox"/> Urgencias			

Manejo integral según Guía de

Código CUPS	Cantidad	Descripción
S12720	4	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA +

Justificación Clínica:
SE SOLICITA AUTORIZACION DE ESTANCIA DEL DIA 30 DE ABRIL AL 03 DE MAYO DEL 2018, SE OBTIENE COMUNICACION CON ANDREA MUÑOZ E INFORMA QUE PACIENTE SE ENCUENTRA HABILITADO DESDE EL 30 DE ABRIL DE 2018, SE ADJUNTAN SOPORTES MEDICOS.

Impresión Diagnóstica:	Codigo CIE10	Descripción:
Diagnóstico principal	F190	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROC

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	Teléfono	57	4-48-07-00	260
MARIA JOHANNA ÑAÑEZ PADILLA		indicativo	número	extensión
Cargo o actividad: AUXILIAR ADMINISTRATIVA	Teléfono celular: 310-5-66-74-13			