



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NÚMERO DE SOLICITUD 8 Fecha: 2018 - 5 - 4 Hora: 3 : 9

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE			NIT	X	900959048		4
			CC		Número		DV
Código: 1100110259			Dirección prestador: CARRERA 104 N° 20 C - 21				
Teléfono:		4-86-00-33					
	indicativo	número					
Departamento: Bogotá D. C.			11	Municipio: BOGOTÁ, D.C.			001

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA(PAGADOR) NUEVA EPS CÓDIGO: EPS037

DATOS DEL PACIENTE

BARBOZA	LOPEZ	MAGOLA	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	33150905 Número documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación		
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería			
		Fecha de Nacimiento:	1951 - 11 - 28

Dirección de Residencia Habitual: CL 151 F N-117 15			Teléfono:	6041450
Departamento: Bogotá D. C.		11	Municipio: BOGOTÁ, D.C.	
			001	
Teléfono celular: 0000000000		Correo electrónico:		

Cobertura en salud

<input checked="" 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 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: PSIQUIATRIA	Cama:	
<input type="checkbox"/> Urgencias				

Manejo integral según Guía de

Código CUPS	Cantidad	Descripción
S11202	3	INTERNACION EN SERVICIO COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACION BIPERSONAL

Justificación Clínica:
BUENAS NOCHES SE SOLICITA AUTORIZACION DE HX DE LOS DIAS 03/04/05 DE MAYO/2018, SE ADJUNTA HISTORIA CLINICA GRA

Impresión Diagnóstica:	Codigo CIE10	Descripción:
Diagnóstico principal	F03X	DEMENCIA , NO ESPECIFICADA

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	Teléfono	1	4-86-00-33	7000
ALFREDO AGAMEZ VERTEL		indicativo	número	extensión
Cargo o actividad: TECNICO DE AUTORIZACIONES	Teléfono celular: 314-3-31-07-86			