

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NÚMERO DE SOLICITUD 101 Fecha: 2018 - 5 - 25 Hora: 12 : 39

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			NIT	X	900959051	7
			CC		Número	DV
Código: 1		Dirección prestador: AVENIDA 15				
Teléfono:	091	1-12-34-56				
	indicativo	número				
Departamento: Bogotá D. C.			11	Municipio: BOGOTÁ, D.C.		001

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA(PAGADOR) FAMISANAR E.P.S. CÓDIGO: EPS017

DATOS DEL PACIENTE

MALAGON	MORA	DORIS	JUDITH
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	52370925 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:	1977 - 08 - 13

Dirección de Residencia Habitual: CARRERA 19G 68F 21 SUR			Teléfono:	
Departamento: Bogotá D. C.		11	Municipio: BOGOTÁ, D.C.	
Teléfono celular: 3125141747		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: SALUD MENTAL	Cama:	
<input type="checkbox"/> Urgencias				

Manejo integral según Guía de

Código CUPS	Cantidad	Descripción
S12720	3	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA +

Justificación Clínica:
HOSPITALIZACION A PARTIR DEL 25 DE MAYO DE 2018---PACIENTE TRASLADA EN AMBULANCIA CON CUADRO QUE REFIERE LA FAMILIA QUE EN EL DIA DE HOY NO QUISO LEVANTARSE, NO ABRE LOS OJOS AL TRASLADO EN AMBULANCIA ALERTA, INTENTO MASTURBARSE , NO QUIERE ABRIR LOS OJOS , CON AGITACION MOTORA - PRIMER EPISODIO EN LA VIDA , RESPONDE CON ASENTIMIENTO O NEGACION A LAS PREGUNTAS, SIN RESPUESTA

Impresión Diagnóstica:	Codigo CIE10	Descripción:
Diagnóstico principal	F449	TRASTORNO DISOCIATIVO [DE CONVERSION], NO ESPECIFICADO

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	Teléfono	091	3-72-56-10	288
DORIS YANETH ASTROZ CORTES		indicativo	número	extensión
Cargo o actividad: AUTORIZADORA	Teléfono celular: 111-1-11-11-11			