

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NÚMERO DE SOLICITUD80Fecha:2018-3-18Hora:14:25

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) ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SASCÓDIGO: EPS017

DATOS DEL PACIENTE

MUÑOZ	SANCHEZ	SONIA	ESPERANZA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1030595781 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:	91	-	71	-	27

Dirección de Residencia Habitual: KENNEDY			Teléfono:		
Departamento: Bogotá D. C.		11	Municipio: BOGOTÁ, D.C.		001
Teléfono celular:		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: INGRESOS	Cama: IU43A
<input type="checkbox"/> Urgencias			

Manejo integral según Guía de

Código CUPS	Cantidad	Descripción
S11304	1	INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA, HABITACION DE CUATRO CAMAS

Justificación Clínica:  
BUENAS TARDES SOLICITO AUTORIZACION DE ESTANCIA DE LOS DÍAS18 DE MARZO DE 2018. ANEXO SOPORTES. GRACIAS

Impresión Diagnóstica:	Codigo CIE10	Descripción:
Diagnóstico principal	F130	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O HIPN

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	Teléfono	091	4-48-00-07	510
ADRIANA CASTELLANOS PIÑEROS		indicativo	número	extensión
Cargo o actividad: ASISTENTE ADMINISTRATIVO	Teléfono celular: 000-0-00-00-00			