ANEXO TÉCNICO No. 3
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

* NUMERO DE SOLICITUD _____ Fecha: a a a a - m m - d d Hora: h h : m m

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre: clinica Panamericana

NIT / CC: _____ Número: _____ - DV

Código: _____ Dirección prestador: Cl 134 #71-17

Teléfono: indicativo _____ número _____ Departamento: Cundinamarca Municipio: Bogota

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR) CODIGO: _____

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Arias	Ramos	Laura	Valentina

Tipo Documento de Identificación

- [ ] Registro Civil
- [ ] Tarjeta de identidad
- [x] Cédula de ciudadanía
- [ ] Cédula de extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto sin identificación
- [ ] Menor sin identificación

Número documento de identificación: 1051 [illegible] 4174 [illegible]

Fecha de Nacimiento: a a a a - m m - d d 1999-04-15

Dirección de Residencia Habitual: Av 19 #131A - 60 Teléfono: [illegible]

Departamento: Cundinamarca Municipio: Bogota

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Cobertura en salud

- [x] Regimen Contributivo
- [ ] Regimen Subsidiado - total
- [ ] Regimen Subsidiado - parcial
- [ ] Población pobre No asegurada con SISBEN
- [ ] Población Pobre no asegurada sin SISBEN
- [ ] Desplazado
- [ ] Plan adicional de salud
- [ ] Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención

- [x] Enfermedad General
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente de trabajo
- [ ] Accidente de tránsito
- [ ] Evento Catastrófico

Tipo de servicios solicitados

- [ ] Posterior a la atención inicial de urgencias
- [ ] Servicios electivos

Prioridad de la atención

- [ ] Prioritaria
- [ ] No prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion:

- [ ] Consulta Externa
- [x] Urgencias
- [ ] Hospitalización

Servicio _____ Cama _____

Manejo integral según Guía de : _____

	Código CUPS	Cantidad	Descripción
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Justificación Clinica:

Pacientes quemados por ácido, depende que requiere manejo intrahospitalario, por no contar [illegible] se deja remisión

Impresión Diagnóstica:

	Codigo CIE10	Descripción
Diagnóstico principal	F332	trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita: Luis Mateus

Cargo o actividad: Medico

Teléfono: indicativo _____ número _____ extensión _____

Teléfono celular: [illegible]

MPS-SAS V5.0 2008-07-11