

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

No. Solicitud 5147

Fecha y hora : 06/07/2018 10:33:31 a.m.

Información del Prestador:

Nombre:	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO	Nit:	891180268
Codigo:	410010056201	Telefono:	8715907
Dirección:	CALLE 9 Nro. 15-25		
Departamento:	HUILA	Codigo	41
Municipio:	NEIVA	Codigo	001

Entidad a la que se le Solicita(Pagador) NUEVA EPS Codigo EPS037

Datos del Paciente

BERNAL	GUARNIZO	
Primer Apellido	Segundo Apellido	
JUAN	RAMON	
Primer Nombre	Segundo Nombre	
Tipo de Documento	Cédula_Ciudadanía	No Identificacion Paciente: 1075250376
Fecha de Nacimiento	03/04/1998 12:00:00 a.m.	Telefono 3125509929
Dirección	CALLE 21 SUR N 21 91	
Departamento	HUILA	Codigo 41
Municipio	NEIVA	Codigo 001
Cobertura en Salud	Contributivo	

Informe de la Atención y Servicios Solicitados

Origen de la Atención	Enfermedad_General_Adulto	Tipo de Servicio Solicitado	PosteriorInicialUrgencia
Prioridad de la Atención	Prioritaria		
Ubicación del Paciente al momento de la Solicitud	de Autorización	Hospitalización	
Servicio	URGENCIAS CONSULTA Y PROCEDIMIENTO	Cama	AIU-109 ATENCION INICIAL URGENCIAS

Manejo Integral Segun Guia

Codigo Cups	Cantidad	Descripción
S12720	3	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA

Justificación Clínica

ANÁLISIS: PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCIÓN CLÍNICA. SE CONTINUA IGUAL MANEJO FARMACOLÓGICO INTRAHOSPITALARIO. SIGUE PENDIENTE SU TRASLADO A UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA A PUERTAS CERRADAS. PLAN:- **EN ESPERA PARA AINGRESAR A COMUNIDAD TERAPEUTICA A PUERTAS CERRADAS**- DIETA CORRIENTE.- ACIDO VALPROICO 250 MG (TOMAR DOS TABLETAS EN LA MAÑANA, DOS AL MEDIO DIA, Y DOS EN LA NOCHE) (2-2-2)- RISPERIDONA 2 MG CADA 12 HORAS (1-0-1)- BIPERIDENO 2 MG AL DIA EN LA MAÑANA (1-0-0)- HALOPERIDO 5MG IM **EN CASO DE AGITACION PSICOMOTORA** - CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA DOS HORAS AVISA CAMBIOS SS AUTO DE LOS DIAS 06 AL 08 D EJULIO EN HPS, SHIRLEY

Impresión Diagnóstica

Diagnostico Principal	F09X	TRASTORNO MENTAL ORGANICO O SINTOMATICO, NO ESPECIF
Diagnostico relacionado		

Información de la Persona que Solicita



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Nombre de quien Solicita	GARZON HIDALGO MIGUEL ANGEL		
Telefono Fijo		Telefono Celular	
	Indicativo-Numero-Ext		Indicativo-Numero-Ext
Cargo o Actividad	MEDICO ESPECIALISTA		