

Paciente: 99110306466 GRISALES PADILLA FABIAN 2016/04/05 18:05
 Sexo: Masculino Fecha nacimiento: 2000/01/01 Edad: 16 Años 3 meses Pag. 4 de 10
 Regimen: Contributivo Estado civil: Soltero Ocupacion: POBLACION INACTIVA LABORALMENT
 Direccion: Asegurador: E.P.S FAMISANAR LTDA.
 Telefono: .

	Identificacion	Nombre	Telefono	Parentesco
Responsable:				
Acompañante:				
		PACIENTE QUIEN RECIBIÓ VISITA EN EL DIA DE AYER , SE MOSTRÓ ADECUADO , CONSCIENTE , LÚCIDO ATENCIÓN : CENTRADA AFECTO: MEJOR MODULADO NO SINTOMAS PSICOTICOS NO ALTERACIÓN SENSOPERCEPTIVA PLAN : CONTINUA IGUAL MANEJO		
2016/03/11 11:50		DIEGO MAURICIO GOMEZ ROBAYO RM: 80034405 - PSICOLOGIA PACIENTE CON UN ESTADO DE ANIMO ADECUADO, NO HAY EVIDENCIA DE CRITERIOS DE HOSPITALIZACION. SU CONFROTACION DE DUELO ES EVIDENTE. NO PRESENTA SECUELAS DEL EVENTO TRAUMATICO. RESPONDE ADECUADAMENTE LAS INSTRUCCIONES. SIN NOVEDAD		
2016/03/11 11:59		MARIO DANILO PARRA RM: 23232015 - PSIQUIATRIA EVOLUCIÓN DE PSIQUIATRÍA: PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD, CON UN DIAGNÓSTICO DE: 1.) TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO GRAVE, CON INTENTO DE SUICIDIO EN RESOLUCIÓN. S/: PACIENTE CON ADECUADOS PATRONES DE SUEÑO Y DE ALIMENTACIÓN, SIN DIFICULTADES EN EL MANEJO, ES INDEPENDIENTE EN EL CUIDADO. AFIRMA SENTIRSE EN MEJORES CONDICIONES Y SE MUESTRA ARREPENTIDO POR LO SUCEDIDO. O/: PACIENTE ALERTA, CONSCIENTE, LÚCIDO, COLABORADOR, ASPECTO CUIDADO PARA LA OCASIÓN, ACTITUD AMABLE, PUERIL, ESTABLECE UN ADECUADO CONTACTO VISUAL CON EL ENTREVISTADOR. EUPROSÉXICO, AFECTO MODULADO. ORIENTADO GLOBALMENTE. MEMORIA AL PARECER SIN ALTERACIONES. PENSAMIENTO LÓGICO, COHERENTE, NO VERBALIZA EN EL MOMENTO IDEAS DELIRANTES, DE MUERTE, AUTO O HETEROAGRESIÓN. NO ACTIVIDAD ALUCINATORIA. LENGUAJE EULÁLICO, CONDUCTA MOTORA ADECUADA. JUICIO Y RACIOCINIO DEBILITADOS. INTROSPECCIÓN PARCIAL, PROSPECCIÓN EN ELABORACIÓN. A Y P/: PACIENTE CON UNA EVOLUCIÓN A LA MEJORÍA, CON UNA MEJOR MODULACIÓN AFECTIVA Y CON MEJOR CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y UNA MEJOR CRÍTICA SOBRE LO SUCEDIDO. POR PARTE NUESTRA SE CONTINÚA CON EL MISMO PLAN DE MANEJO FARMACOLÓGICO INSTAURADO POR PARTE DE PSIQUIATRÍA INFANTIL. GUSTAVO ADOLFO ZAMBRANO SANJUÁN - MÉDICO PSIQUIATRA.		
2016/03/12 09:32		VICTORIA TAPIA DUARTE EVOLUCION PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO: 1. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR - EPISODIO GRAVE CON INTENTO DE SUICIDIO S/ PACIENTE REFIERE BUEN PATRON DE SUEÑO Y ALIMENTARIO. NIEGA QUEJAS SOMATICAS. O/ ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, EUPROSEXICO. ACTITUD COLABORADOR. AFECTO MODULADO. PENSAMIENTO COHERENTE, NO VERBALIZA IDEAS DE MUERTE, NI IDEACION SUICIDA. SENSOPERCEPCION SIN ALTERACION. INTELIGENCIA IMPRESIONA PROMEDIO. INTROSPECCION ACEPTABLE. JUICIO CONSERVADO. A/P PACIENTE CON ANIMO MODULADO, HABLA SOBRE INTERES DE RETOMAR SUS ACTIVIDADES ACADEMICAS PARA TERMINAR SU BACHILLER. ACEPTA Y TOLERA MANEJO FARMACOLOGICO. SE CONTINUA TRATAMIENTO INSTAURADO.		

Autorización de Servicios



Solicitada el: 27/04/2016 22:05
 Autorizada 28/04/2016 07:21
 Impresa el: 28/04/2016 12:43

N° Solicitud: NO REPORTADO
 N° (POS) 259-25477395
 Código Eps: EPS017

Afiliado: CC 1072706214 GUERRERO SANCHEZ JESUS DANIEL

Edad: 21.0.5 Fecha Nacimiento: 23/04/1995 Tipo Afiliado: Beneficiario (SISBEN-1)
 Dirección Afiliado: VRDA SAMARIA Departament CUNDINAMARCA(25) Municipio CHIA(175)
 Teléfono Afiliado: 1- Celular 3002353966
 Correo sin@correo.co
 IPS Primaria: CAFAM CHIA Empleador GONZALEZ LOPEZ JOSE SERVANDO

Solicitado INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S
 Nit: 900359092 4 Código: 110012151501
 Dirección: CALLE 136 # 52 A 46 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipi BOGOTA(001)
 Teléfono 1-6334257 - 3173648950

Ordenado MARIO DANILO PARRA VERA
 Remitido a: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S
 Nit: 900359092 4 Código: 110012151501
 Dirección: CALLE 136 # 52 A 46 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipi BOGOTA(001)
 Teléfono 1-6334257 -

Ubicación HOSPITALIZACION

Origen ENFERMEDAD GENERAL

Manejo Integral según

Dx: F200 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Estancia de 12 día por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA [S12710]
 Afiliado No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago
 SE GENERA PARA EGRESO PARCIAL DEL 27/04/2016. SE AUTORIZAN 12 DIAS DEL 16 AL 27 DE ABRIL.

Autorización en formato PDF, valida sin sello ni firma.

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizado JOHN ALEXANDER ZUNIGA SANCHEZ
 Teléfono
 Cargo o ANALISTA ACCESO A LA ATENCION

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 60 días a partir de la fecha de Autorización.

Registro impreso por: YESICA TATIANA BELLO OCHOA
 Referencia - Cuenta Médica: 259-32894261

Autorización de Servicios



Solicitada el: 01/03/2016 08:10
 Autorizada 07/03/2016 08:13
 Impresa el: 07/03/2016 15:24

N° Solicitud: NO REPORTADO
 N° (POS) 259-24773622
 Código Eps: EPS017

Afiliado: CC 1072706214 GUERRERO SANCHEZ JESUS DANIEL

Edad: 20.10.14 Fecha Nacimiento: 23/04/1995 Tipo Afiliado: Beneficiario (SISBEN-1)
 Dirección Afiliado: VRDA SAMARIA Departament CUNDINAMARCA(25) Municipio CHIA(175)
 Teléfono Afiliado: 1- Celular 3002353966
 Correo sin@correo.co
 IPS Primaria: CAFAM CHIA Empleador GONZALEZ LOPEZ JOSE SERVANDO

Solicitado INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S
 Nit: 900359092 4 Código: 110012151501
 Dirección: CALLE 136 # 52 A 46 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipi BOGOTA(001)
 Teléfono 1-6334257 - 3173648950

Ordenado MARIO DANILO PARRA
 Remitido a: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S
 Nit: 900359092 4 Código: 110012151501
 Dirección: CALLE 136 # 52 A 46 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipi BOGOTA(001)
 Teléfono 1-6334257 -

Ubicación HOSPITALIZACION

Origen ENFERMEDAD GENERAL

Manejo Integral según

Dx:	F200	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
Código	Cantida	Descripción Servicio
PROPIAS-F943114	1	PAQUETE MENSUAL PARA PACIENTE INSTITUCIONALIZADO POR SALUD

Afiliado cancela de Copago el 0% del valor de la atención, y hasta \$689,454
 PACIENTE INSTITUCIONALIZADO. AUTORIZACION VALIDA PARA EL MES DE MARZO DEL 2016.

Autorización en formato PDF, valida sin sello ni firma.

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizado JOHN ALEXANDER ZUNIGA SANCHEZ
 Teléfono
 Cargo o ANALISTA ACCESO A LA ATENCION

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 60 días a partir de la fecha de Autorización.

Registro impreso por: CINDY VARGAS CABEZAS
 Referencia - Cuenta Médica: 259-31987066

Autorización de Servicios



Solicitada el: 29/02/2016 20:26
 Autorizada 29/02/2016 20:27
 Impresa el: 01/03/2016 09:49

N° Solicitud: NO REPORTADO
 N° (POS) 259-24692271
 Código Eps: EPS017

Afiliado: CC 1072706214 GUERRERO SANCHEZ JESUS DANIEL

Edad: 20.10.8 Fecha Nacimiento: 23/04/1995 Tipo Afiliado: Beneficiario (SISBEN-1)
 Dirección Afiliado: VRDA SAMARIA Departament CUNDINAMARCA(25) Municipio CHIA(175)
 Teléfono Afiliado: 1- Celular 3002353966
 Correo sin@correo.co
 IPS Primaria: CAFAM CHIA Empleador GONZALEZ LOPEZ JOSE SERVANDO

Solicitado INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S

Nit: 900359092 4 Código: 110012151501

Dirección: CALLE 136 # 52 A 46 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipi BOGOTA(001)
 Teléfono 1-6334257 - 3173648950

Ordenado CARLOS EDUARDO PEDRAZA SARMIENTO

Remitido a: INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMMANUEL S.A.S

Nit: 900359092 4 Código: 110012151501

Dirección: CALLE 136 # 52 A 46 Departament DISTRITO CAPITAL(11) Municipi BOGOTA(001)
 Teléfono 1-6334257 -

Ubicación HOSPITALIZACION

Origen ENFERMEDAD GENERAL

Manejo Integral según

Dx: F200 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Código	Cantida	Descripción Servicio
PROPIAS-F943114	1	PAQUETE MENSUAL PARA PACIENTE INSTITUCIONALIZADO POR SALUD

Estancia de día(s) desde el por []

Afiliado cancela de Copago el 0% del valor de la atención, y hasta \$689,454

PACIENTE HOSPITALIZADO. AUTORIZACION VALIDA PARA EL MES DE FEBRERO DEL 2016.

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizado JOHN ALEXANDER ZUNIGA SANCHEZ

Teléfono

Cargo o ANALISTA ACCESO A LA ATENCION

Esta autorización es netamente administrativa y garantiza que el usuario tiene derecho al servicio solicitado. La pertinencia estará sujeta a la revisión de Auditoría Médica.

Valido por 60 días a partir de la fecha de Autorización.

Registro impreso por: CINDY VARGAS CABEZAS

Referencia - Cuenta Médica: 259-31882896