



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número de Solicitud: 10195

Fecha: 2018-07-02 Hora: 01:15

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231 - 0
CC ☐ Número DV

Código:	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA						
Teléfono:	8	7405030							
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	001	
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR) NUEVA EPS-C								Código:	EPS037

DATOS DEL PACIENTE

NIÑO	DEGAMBA	MARIA	DEL CARMEN
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	23258460
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adólcito sin Identificación	Número Documento Identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 1933-02-01
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		

Dirección de la Residencia Habitual: CRA 11 3 86 Teléfono: 3133641145

Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

Teléfono Celular: 3134157712 Correo Electrónico:

Cobertura en Salud

<input checked="" type="checkbox"/> Régimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - parcial	<input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan adicional de Salud
<input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input type="checkbox"/> Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atención	Tipo de Servicio Solicitado	Prioridad de la Atención
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General	<input checked="" type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de Urgencias	<input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Servicios Electivos	<input type="checkbox"/> No prioritaria
<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo		
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		
<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico		

Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización

<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio	PISO1 URG OBS O CAMA TMP	Cama	U107
<input type="checkbox"/> Urgencias					

Manejo Integral según Guía de:

Código	Cantidad	Descripción
883101	1	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO
S11302	5	INTERNACION SERVICIO COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Justificación Clínica:

CIENTE FEMENINA DE 85 AÑOS CON ANTECEDENTE DE DEMENCIA TIPO ALZAIMHER DIAGNOSTICADA HACE 4 AÑOS, SIN PERDIDA FUNCIONAL Y DETERIORO COGNITIVO, ACTUALMENTE EN MANEJO CON SERTRALINA 50 MG VO DIA, QUETIAPINA 25 MG DIA, CON ULTIMO CONTROL POR PSIQUIATRIA OR CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DESORIENTACION PARCIAL EN ESPACIO, CON EXACERBACION DE LOS SINTOMAS DESDE HACE 3 DIAS, CON DISARTRIA Y LENGUAJE COHERENTE, DESESPERO HA TENIDO MUCHA ANGUSTIA, S/S 01-05 JULIO 2018

Impresión Diagnóstica: Código CIE10 **Descripción**

Diagnóstico Principal:	F413	OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD MIXTOS
Diagnóstico Relacionado 1	F051	DELIRIO SUPERPUESTO A UN CUADRO DE DEMENCIA
Diagnóstico Relacionado 2	F688	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA PERSONALIDAD

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Número de quien Solicita:	ALBA MALDONADO JUAN CARLOS - 151631-2004	Teléfono:	098	4705030	2115
			indicativo	número	extensión
Cargo/Actividad:	MED ESPEC PSIQUIATRIA	Teléfono celular:			