



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

Número de Solicitud: 9933

Fecha: 2018-06-25 Hora: 19:46

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

GALINDO	MENDOZA	DIOSELINA	NO TIENE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Ad□lto sin Identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Céd□la de Ci□dadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación
<input type="checkbox"/> Céd□la de Extranjería	

23546354

Número Documento Identificación

Fecha de Nacimiento: 1950-01-11

Dirección de la Residencia Habitual: CRA 4A 41A 23			Teléfono:	7400691	
Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	001
Teléfono Celular:	3108083041	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	PISO5 NORTE	Cama	524
<input type="checkbox"/> Urgencias					

Manejo Integral según Guía de:

Código	Cantidad	Descripción
S11302	5	INTERNACION SERVICIO COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Justificación Clínica:

ACIENTE FEMENINA DE 68 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE TX DE ANSIEDAD -TX DEPRESIVO GRAVE DIAGNOSTICADO HACE 5 AÑOS QUE HA REQUERIDO HOSPITALIZACIONES EN INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL, ULTIMA HOSPITALIZACION HACE 2 AÑOS EN LA CLINICA LA PAZ, SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRIA AMBULATORIO A TRAVES DE SU EPS, ULTIMO EL DIA 07/06/18, QUIEN INDICA MANEJO CON CLONAZEPAM GOTAS 10-2-10, CADA 8 HORAS, CON POCA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, S/S 25 AL 29 DE JUNIO 2018

Impresión Diagnóstica: Código CIE10 Descripción

Diagnóstico Principal:	F332	TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE - EPISODIO DEPRESIVO
Diagnóstico Relacionado 1	Z818	HISTORIA FAMILIAR DE OTROS TRASTORNOS MENTALES Y D
Diagnóstico Relacionado 2	Z638	OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON EL

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de quien Solicita:	MUÑOZ MENDOZA OMAR HUMBERTO - 962-03	Teléfono:	098	4705030	2115
			indicativo	número	extensión
Cargo o Actividad:	MED ESPEC PSIQUIATRIA	Teléfono celular:			