

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

No. Solicitud 0732

Fecha y hora : 26/10/2018

Información del Prestador:

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

Entidad a la que se le Solicita(Pagador) E.P.S. SANITAS S.A. Codigo EPS005

Datos del Paciente

CACHAYA	ROJAS
Primer Apellido	Segundo Apellido
MONICA	MARCELA
Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento	Cédula_Ciudadanía
Fecha de Nacimiento	6/08/1986
Dirección	CALLE 58 B 22 62 SAN VALENTIN
Departamento	HUILA
Municipio	NEIVA
Cobertura en Salud	Ninguno

No Identificacion Paciente: 1075213697

Telefono 3187728051

 Codigo 41
Codigo 001

Informe de la Atención y Servicios Solicitados

Origen de la Atención	Enfermedad_General_Adulto	Tipo de Servicio Solicitado	PosteriorInicialUrgencia
Prioridad de la Atención	Prioritaria		
Ubicacion del Paciente al momento de la Solicitud	de Autorización	Hospitalizacion	
Servicio	URGENCIAS CONSULTA Y PROCEDIMIENTO	Cama	AIU-101 ATENCION INICIAL URGENCIAS

Manejo Integral Segun Guia

Codigo Cups	Cantidad	Descripcion
S11304	3	HABITACION DE CUATRO CAMAS O MAS

Justificación Clínica

ALERTA CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, PENSAMIENTOLOGICO Y COHERENTE CON IDEACION DELIRANTE DE TIPO MISTICO, AFECTO MODULADO,INTROSPECCION NULA PROSPECCION DEBILITADA, SENSORIO SIN ALTERACIONES,SENSOPERCEPCION CON ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS ACTIVAS ERIC SS ESTANC DEL 24-26 OCT

Impresión Diagnóstica

Diagnostico Principal	F312	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENT
Diagnostico relacionado1		

Informacion de la Persona que Solicita

Nombre de quien Solicita	NAVARRO LAMPREA MIGUEL ALFREDO		
Telefono Fijo	Telefono Celular		
	Indicativo-Numero-Ext	Indicativo-Numero-Ext	
Cargo o Actividad	MEDICO ESPECIALISTA		