

## MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL



## SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

0 0 0 0 2 3 5 9 3 1

Fecha: 2 0 1 8 - 1 1 - 0 9

Hora: 1 1 : 4 0

## INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre:

Procardio Servicios Medicos Integrales SAS

NIT

X

8 0 0 2 1 0 3 7 5 - 1

CC

Número

DV

Código

2 5 7 5 4 0 2 3 8 5 0 1

Dirección prestador:

KR 4 Este No. 31-88 San Mateo Soacha

Teléfono:

5 9 2 2 9 7 9

Departamento: CUNDINAMARCA

2 5

Municipio: SOACHA

7 5 4

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR): Nueva Empresa Promotora de Salud

CODIGO:

E P S 0 3 7

## DATOS DEL PACIENTE

MENDEZ

APONTE

LAURA

CAMILA

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de identificación

☐ Registro Civil☐ Pasaporte

1 0 7 3 7 2 0 5 2 2

☐ Tarjeta de identidad☐ Adulto sin identificación

Número documento de identificación

☒ Cédula de ciudadanía☐ Menor sin identificación☐ Cédula de extranjería

Fecha de Nacimiento

1 9 9 9 - 0 7 - 1 5

Dirección de Residencia Habitual: DIAG 35 A # 44-57 ESTE

Teléfono:

7 5 4

Departamento: CUNDINAMARCA

2 5

Municipio: SOACHA

7 5 4

Teléfono celular 3 1 3 4 6 7 8 1 2 2

Correo electrónico:

Cobertura en salud

☒ Regimen Contributivo☐ Regimen Subsidiado - parcial☐ Población pobre no asegurada sin SISBEN☐ Plan adicional de salud☐ Regimen Subsidiado - total☐ Población pobre no asegurada con SISBEN☐ Desplazado☐ Otro

## INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención

☒ Enfermedad General☐ Accidente de trabajo☐ Evento Catastrófico

Tipo de servicios solicitados

☒ Posterior a la atención inicial de urgencias☐ Servicios electivos

Prioridad de la atención

☐ Prioritaria☐ No prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

☐ Consulta Externa☒ Hospitalización

Servicio

Hospitalización Piso Transición

Cama

7 5 4

Manejo integral según Guía de:

Código CUPS:

Cantidad:

Descripción:

1 S 1 1 3 0 2

0 0 3

INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA HABITACION BIPERSONAL

Justificación Clínica:

SE SOLICITA AUTORIZACION PARA ESTANCIA EN HABITACION BIPERSONAL DEL 8-9-10 DE NOVIEMBRE DE 2018

Impresión Diagnóstica:

Diagnóstico principal

Diagnóstico relacionado 1

Diagnóstico relacionado 2

Codigo CIE 10:

F 1 9 0

Descripción:

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:

LINA FERNANDA

Teléfono

3 2 1 4 3 4 7 9 2 1

indicativo

número

extensión

Cargo o actividad:

Teléfono celular: