

Autorización Servicios



Solicitada el: 22/10/2018 16:42
Autorizada el: 29/10/2018 23:08
Impresa el: 30/10/2018 10:44

N° Solicitud: NO REPORTADO
N° Autorización: (POS) P071-96168527
Código Eps: EPS037

Afiliado: CC 23522270 HERNANDEZ AVENDAÑO ANA MARIA DE JESUS

Edad: 52 **Fecha Nacimiento:** 02/01/1966 **Tipo Afiliado:** COTIZANTE (A)
Dirección Afiliado: VEREDA QUINDEVA **Departamento:** BOYACA 15 **Municipio:** CHITA 183
Teléfono Afiliado: (8)-3106875331 **Celular Afiliado:** **Correo Electrónico:**
IPS Primaria: SUBSIDIADO-CENTRO DE SALUD DE CHITA

Solicitado por: E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA
Nit: 891800611 6 **Código:** 157530033201
Dirección: CARERA 7 # 6-31 **Departamento:** BOYACA 15 **Municipio:** SOATA 753
Teléfono: (8)-7880193 - 7880205

Ordenado por: INSTITUCIONAL INSTITUCIONAL
Remitido a: CONSORCIO CLINICA EMMANUEL
Nit: 901061505 7 **Código:** 110012151503
Dirección: CALLE 136 N° 52 A 46 **Departamento:** DISTRITO CAPITAL 11 **Municipio:** BOGOTA, D.C. 001
Teléfono: (1)-

Ubicación Paciente: HOSPITALIZACION

Origen: ENFERMEDAD GENERAL

Dx: F312	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS
-----------------	---

Estancia de 1 día(s) desde el 30/10/2018 por INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. COMPLEJIDAD MEDIANA + [S12710]
 Afiliado No Cancela Ningun Valor por concepto de Pago Moderador o Copago

SE ACEPTA PACIENTE EN SEDE FACATATIVÁ VEREDA LOS MANZANOS KM3 VÍA FLORIDA ANOLAIMA. REQUIERE AUTORIZACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. DEBE ACUDIR EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR. DEPENDIENDO DEL ESTADO CLÍNICO DE LA CELULITIS EN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO SERA ACEPTADA O CONTRA REMITIDA POR MEDICO DE TURNO AL MOMENTO DE SU INGRESO.

Manejo Integral Según Guía : No

Afiliado Recibido Por: 0

Cargo: 0

Teléfono : 0

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: YISETH DAYAM ARCE RAMIREZ
Teléfono:
Cargo o Actividad: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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 30 días a partir de la fecha de Autorización.

Referencia - Cuenta Médica: P071-116583174
 Registro impreso por: VICTOR ALFONSO GUEVARA SANCHEZ