

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NÚMERO DE SOLICITUD 90 Fecha: 2018 - 9 - 27 Hora: 11 : 34

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			NIT	X	900959051	7
			CC		Número	DV
Código: 1		Dirección prestador: AVENIDA 15				
Teléfono:	091	1-12-34-56				
	indicativo	número				
Departamento: Bogotá D. C.			11	Municipio: BOGOTÁ, D.C.		001

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA(PAGADOR) SANITAS E.P.S. CÓDIGO: EPS005

DATOS DEL PACIENTE

RUEDA	CELY	NICOLAS	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	99112401748 Número documento de identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería		
Fecha de Nacimiento:		1999 - 11 - 24

Dirección de Residencia Habitual: CARRERA 79 # 10 54		Teléfono:	
Departamento: Bogotá D. C.	11	Municipio: BOGOTÁ, D.C.	001
Teléfono celular:	Correo electrónico:		

Cobertura en salud

<input checked="" type="checkbox"/> Regimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - parcial	<input type="checkbox"/> Población Pobre no asegurada sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan adicional de salud
<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/> Población pobre no Asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input type="checkbox"/> Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención		Tipo de servicios solicitados		Prioridad de la atención
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	<input checked="" type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencias	<input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Servicios electivos	<input type="checkbox"/> No prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion:

<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio: PSIQUIATRIA	Cama:	
<input type="checkbox"/> Urgencias				

Manejo integral según Guía de

Código CUPS	Cantidad	Descripción
S12710	3	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA +

Justificación Clínica:  
REPORTE DE ESTANCIA POR LOS DIAS 27.28.29 DE SEPTIEMBRE DEL 2018

Impresión Diagnóstica:	Codigo CIE10	Descripción:
Diagnóstico principal	F200	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

INFORMACION DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre de quien reporta:	Teléfono	111	1-11-11-11	1111
DANIELA ANDREA MUÑOZ FORERO		indicativo	número	extensión
Cargo o actividad: autorizaciones	Teléfono celular: 111-1-11-11-11			