



EPS EN LÍNEA

SERVICIOS EN LÍNEA

NT 901061505 CONSORCIO CLINICA EMMANUEL

IPS

* Consulta del Estado de Afiliación

- LA IPS CONSULTANTE NO ES LA IPS PRIMARIA DEL AFILIADO, NI CAPITADORA

Autorizaciones

Contactenos

Sugerencias

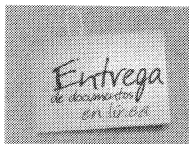
Funciones

Quejas o reclamos

Fecha/Hora Consulta: 24/07/2018 18:01:49
Tipo Identificación: TI
Identificación: 1002722955
Nombre Usuario: JEIMMY VANESA ORTIZ MARTINEZ
Estado Afiliación Usuario: ACTIVO
Fecha Nacimiento: 26/02/2002
Edad: 16
Sexo: F
Dirección Residencia: VEREDA SOCONSAQUE OCCIDENTE
Departamento: BOYACA
Municipio: BOYACA
Teléfono: 3138169692
Tipo Afiliado: Beneficiario
Categoría Afiliado: SISBEN-1
Semanas Cotizadas:
IPS Primaria: SUBSIDIADO-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD SAN JOSE

RETORNAR

Autorizaciones Web v3.20161124



Actualice sus documentos en línea.

El afiliado puede solicitar la actualización de sus documentos pendientes. Realice su consulta y encuentre en línea de forma muy fácil. Haga clic aquí.



Video tutoriales en línea

Web de Nueva EPS S.A. - 2018

KARDEX DE ENFERMERIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Leon Felipe Robledo	NUMERO DE HISTORIA CLINICA: 13879140	EPS: Contas
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 13879140	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 13879140	
EDAD: 65 años	HABITACION: CAMA:	FECHA DE INGRESO: D 12 MAR A 2017.
ULCERAS POR PRESION:	NO: <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>	ALERGIAS: NO: <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>
NECESIDAD DE INMOVILIZACION:	NO: <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>	RIESGO DE HETERO AUTO AGRESION: NO: <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/>
DIAGNOSTICO: Intento de suicidio. 2. Farmaco Dependencia		

OTROS DIAGNOSTICOS NO PSIQUIATRICOS:

CONTROL DE LIQUIDOS:		RESTRICCION HIDRICA:	CANTIDAD EN ML:	GLUCOMETRIA:	PULSOXIMETRIA:	CONTROL DE SIGNOS VITALES:	DIAS DE HOSPITALIZACION:
SI:	NO:	SI:	NO:	SI:	NO:	SI:	NO:
MEDICAMENTOS							
1. MEDICAMENTO: Lorazepam 1mg				- Control de Signos Vitales			
DOSIS: 1mg				- Vigilar toma de mdts.			
VIA: VO							
FRECUCIA/HORARIO: Q-0-1/2							
OBSERVACIONES:							
2. MEDICAMENTO: Carbonato de Litio							
DOSIS: 300 mg							
VIA: VO							
FRECUCIA/HORARIO: 1-0-1							
OBSERVACIONES:							
3. MEDICAMENTO: Fluoxetina 10mg				OTROS MEDICAMENTOS NO PSIQUIATRICOS			
DOSIS: 10mg				MEDICAMENTO: Fluoxetina 10mg			
VIA: VO				DOSIS: 10mg			
FRECUCIA/HORARIO: 1-0-1				VIA: VO			
OBSERVACIONES:				HORARIO: 5-0-10			
4. MEDICAMENTO: Fluoxetina 20mg				OBSERVACIONES:			
DOSIS: 20mg				MEDICAMENTO: Fluoxetina 20mg			
VIA: VO				DOSIS: 20mg			
FRECUCIA/HORARIO: 1-0-1/2				VIA: VO			
OBSERVACIONES:				HORARIO: 1-0-0			
5. MEDICAMENTO: Clonazepam 1mg				OBSERVACIONES:			
DOSIS: 1mg				MEDICAMENTO: Clonazepam 1mg			
VIA: VO				DOSIS: 1mg			
FRECUCIA/HORARIO: 1-1-1				VIA: VO			
OBSERVACIONES:				HORARIO: 1-0-1			

DATOS DE CONTACTO DEL FLIAR Y/O RESPONSABLE DEL PACIENTE:		NOMBRE:		TELEFONOS FIJO Y/O CELULAR:		PARENTESCO:		FIRMA DE QUIEN REALIZA EL KARDEX DE INGRESO:	

Fecha de Actualización: 06/03/2017

Autorización Servicios

Solicitada el: 21/07/2018 18:25
Autorizada el: 24/07/2018 05:49
Impresa el: 24/07/2018 18:04

N° Solicitud: NO REPORTADO
N° Autorización: (POS) P071-91352873
Código Eps: EPS037

Afiliado: TI 1002722955 ORTIZ MARTINEZ JEIMMY VANESA

Edad: 16 **Fecha Nacimiento:** 26/02/2002 **Tipo Afiliado:** Beneficiario (SISBEN-1)
Dirección Afiliado: VEREDA SOCONSAQUE OCCIDENTE **Departamento:** BOYACA 15 **Municipio:** BOYACA 104
Teléfono Afiliado: (8)-3138169692 **Celular Afiliado:** 3138169692 **Correo Electrónico:** S@N.COM
IPS Primaria: SUBSIDIADO-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD SAN JOSE

Solicitado por: SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA

Nit: 891800231 0 **Código:** 150010038701
Dirección: CRA 11 N°27-27 **Departamento:** BOYACA 15 **Municipio:** TUNJA 001
Teléfono: (8)-7405030 ext 2154, 2168,

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: D696	TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA
Dx: F980	ENURESIS NO ORGANICA
Dx: Y579	EFFECTOS ADVERSOS DE DROGAS O MEDICAMENTOS NO ESPECIFICADOS

Estancia de 1 día(s) 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

Manejo Integral Según Guía : No

Afiliado Recibido Por: 0

Cargo: 0

Teléfono : 0

Firma Afiliado o Acudiente

Autorizador: MARIA DE ROSARIO CASTILLO

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.

ARDEX DE ENFERMERIA

NOMBRE DEL PACIENTE: Leon Telice Robledo		NUMERO DE HISTORIA CLINICA: 13879140		EPS: Contas	
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 13879140		NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 13879140			
EDAD: 65 años		GENERO: Masculino		FECHA DE INGRESO: D 12 MO 1 A 2017	
ULCERAS POR PRESION:		SI:	NO:	RIESGO DE CAIDA:	SI: NO:
NECESIDAD DE INMOVILIZACION:		SI:	NO:	RIESGO DE FUGA:	SI: NO:
		SI:	NO:	RIESGO DE HETERO AUTO AGRESION:	SI: NO:

DIAGNOSTICO: Intento de suicidio. 2. Farmaco Dependencia

OTROS DIAGNOSTICOS NO PSIQUIATRICOS:

CONTROL DE LIQUIDOS:		RESTRICCION HIDRICA:		CANTIDAD EN ML:		GLUCOMETRIA:		PULSOXIMETRIA:		CONTROL DE SIGNOS VITALES:		DIAS DE HOSPITALIZACION:	
SI:	NO:	SI:	NO:	SI:	NO:	SI:	NO:	SI:	NO:	SI:	NO:	SI:	NO:
<p>PLAN DE CUIDADOS:</p> <p>- Control de Signos Vitales</p> <p>- Vigilar toma de mdts.</p>													
<p>PENDIENTES Y OBSERVACIONES:</p> <p>Administrar Ibuprofeno 400 mg. VO 1 Tab</p> <p>Si hay Dolor.</p>													
<p>ESQUEMA DE CRISIS Y/O AGITACION:</p>													
<p>OTROS MEDICAMENTOS NO PSIQUIATRICOS</p>													
<p>MEDICAMENTO: Ibuprofeno 400 mg. VO</p> <p>DOSIS: 4-4 gotas</p> <p>VIA: VO</p> <p>FRECUENCIA/HORARIO: 5-0-10.</p> <p>OBSERVACIONES:</p>													
<p>MEDICAMENTO: Fluoxetina</p> <p>DOSIS: 20mg-Tab</p> <p>VIA: VO</p> <p>FRECUENCIA/HORARIO: 1-0-0.</p> <p>OBSERVACIONES:</p>													
<p>MEDICAMENTO: Clonitazol</p> <p>DOSIS: 10mg-Tab</p> <p>VIA: VO</p> <p>FRECUENCIA/HORARIO: 1-0-1.</p> <p>OBSERVACIONES:</p>													

B. H. 13879140 1026

1 TAB Si hay dolor Agonizante

Fecha de Actualización	08	08	2017
------------------------	----	----	------