

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
ANEXO 3 AUTORIZACION DE SERVICIOS

No. Solicitud	2930	Fecha y hora :	17/10/2018 1:34:57 p. m.
---------------	------	----------------	--------------------------

Información del Prestador:			
Nombre:	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO	Nit:	800099860
Codigo:	255130002801	Telefono:	8540055
Dirección:	Calle 9 No. 16 - 35 BARRIO ANTONIO NARIÑO		
Departamento:	CUNDINAMARCA	Codigo	25
Municipio:	PACHO	Codigo	513

Entidad a la que se le Solicita(Pagador)	NUEVA E.P.S. S.A. MOVILIDAD RC	Codigo	EPSS37
--	--------------------------------	--------	--------

Datos del Paciente			
GARCIA	MENDEZ		
	Primer Apellido		Segundo Apellido
IVAN	DARIO		
	Primer Nombre		Segundo Nombre
Tipo de Documento	Cédula_Ciudadanía	Numero de Documento de Identificación	1024513348
Fecha de Nacimiento	15/08/1990 12:00:00 a. m.	Telefono	True
Dirección	CENTRO		
Departamento	CUNDINAMARCA	Codigo	25
Municipio	PACHO	Codigo	513
Cobertura en Salud	Subsidiado		

Informe de la Atención y Servicios Solicitados			
Origen de la Atención	Enfermedad_General_Adulto	Tipo de Servicio Solicitado	PosteriorInicialUrgencia
Prioridad de la Atención	Prioritaria		
Ubicación del Paciente al momento de la Solicitud de Autorización	Hospitalización		
Servicio	HOSPIT. BIPERSONAL	Cama	
Manejo Integral Segun Guia			

Codigo Cups	Descripción	Cantidad
S11202	38122 - HABITACION BIPERSONAL	1

Manejo Integral Segun Guia			
Justificación Clínica	<p>PACIENTE MASCULINO CON CUADRO CLINICO ANTES DECSRITO, QUIEN ES VALORADO POR PSICOLOGA INSTITUCIONAL QUIEN DE MANERA VERBAL DA INDICACIONES A JEFE DE TURNO J. CELINA, LO CUAL CONSIDERA QUE CURSA CON TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD, ESTADO PSICOTICO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS ALUCINONGENAS (MARIHUANA) Y DELIRIO DE PERSECUSION, REQUIERE VALORACION POR PSIQUIATRIA Y SEDACION.PLAN:1. HOSPITALIZAR POR MEDICINA GENERAL 2. DIETA NORMOCALORICA3. VIGILANCIA ESTRICTA DE PATRON NEUROLOGICO 4. HALOPERIDOL 5 MG IV CADA 12 HORAS5. MIDAZOLAM 5 MG IV CADA 12 HORAS6. ALPRAZOLAM 0.50 MG VO CADA 12 HORAS7. REMISION PARA PSIQUIATRIA8. S/S VALORACION POR TRABAJO SOCIAL 9. CSV-AC SE SOLICITA AUTORIZACION DE ESTANCIA HOSPITALARIA A PARTIR DEL 16 DE OCTUBRE DEL 2018</p>		
Impresión Diagnostica			
Diagnostico Principal	F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	
Diagnostico relacionado1			
Diagnostico Relacionado2			



MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

ANEXO 3 AUTORIZACION DE SERVICIOS

Informacion de la Persona que Solicita

Nombre de quien Solicita	NATHALY ORTIZ		
Telefono Fijo	(091)854-0055	Telefono Celular	
	Indicativo-Numero-Ext		Indicativo-Numero-Ext
Cargo o Actividad	AUXILIAR DE FACTURACION		