

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NÚMERO DE SOLICITUD 15 Fecha: 2018 - 10 - 15 Hora: 8 : 52

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.	
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: UNIDAD DE SALUD MENTAL	Cama: 1115
<input type="checkbox"/> Urgencias			

Manejo integral según Guía de

Código CUPS	Cantidad	Descripción
S12720	3	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA +

Justificación Clínica:
REPORTE DE INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA DEL 15 AL 17 DE OCTUBRE 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			