

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL



Numero de Solicitud:         Fecha:         Hora:

Nombre															REMY IPS S.A.S										NIT		X		9 0 0 5 8 9 1 7 8 - 5										DV	
															REMY IPS CALI										CC				Número										DV	
Código		7 6 0 0 1 1 0 2 7 5													Dirección prestador: CALLE 3 # 57 - 03 - 07																									
Teléfono:		3 7 7 3 1 0 8 2 6 1																																						
		INDICATIVO					NUMERO								Departamento: VALLE DEL CAUCA					7 6		Municipio CALI					0 0 1													
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)																											CODIGO: E P S 0 1 2													
COMFENALCO VALLE EPS																																								

ACHICHOY				FREDY		HERNAN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro civil	<input type="checkbox"/>	Pasaporte	<div> <div>1</div><div>8</div><div>1</div><div>8</div><div>7</div><div>5</div><div>1</div><div>3</div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div>			
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/>	Adulto sin identificación	Número documento de identificación			
<input checked="" type="checkbox"/>	Cedula de Ciudadania	<input type="checkbox"/>	Menor sin identificación				
<input type="checkbox"/>	Cedula de extranjeria						
Fecha de Nacimiento							
				<div> <div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>A</div><div>-</div><div>M</div><div>M</div><div>-</div><div>D</div><div>D</div> </div>			
				<div> <div>1</div><div>9</div><div>7</div><div>9</div><div>-</div><div>0</div><div>5</div><div>-</div><div>1</div><div>1</div> </div>			
Dirección de Residencia Habitua							
CALLE 21 F 12 E 189				Telefono: 0 0 3 1 1 7 2 7 8 6 7 2			
Departamento NARIÑO				Municipio: PASTO		0 0 1	
Telefono celular		0		Correo Electronico			
Cobertura en salud							
<input checked="" type="checkbox"/>	Regimen Contributivo	<input type="checkbox"/>	Regimen Subsidiado - Parcial	<input type="checkbox"/>	Poblacion Pobre No asegurada sin SISBI	<input type="checkbox"/>	Plan adicional de salud
<input type="checkbox"/>	Regimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/>	Poblacion Pobre No asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/>	Desplazado	<input type="checkbox"/>	otro

Origen de la atención			Tipo de servicio solicitado		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 urgencia	<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

[illegible]

Manejo integral según guía de:

[illegible]

Justificación Clínica: paciente quien continua en manejo inter disciplinario por parte de equipo de salud mental, continua proceso terapeutico, se solicita autorizacion de estancia del 01 al 30 de junio 2021

Impresión diagnóstica:	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico Principal	F 2 0 3	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		

Nombre de quien informa		Teléfono		R E M Y											
LUIS E. ORTIZ				indicativo			número					extensión			
Cargo o actividad: AUTORIZACIONES				Teléfono Celular:			3 1 8 5 8 5 1 8 7 2								