

ANEXO TÉCNICO No. 3

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Numero de Solicitud Fecha: - - Hora: :

INFORME DEL PRESTADOR

Nombre REMY IPS S.A.S		NIT <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
REMY IPS CALI		CC <input type="text"/>	Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Código	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Dirección prestador: CALLE 3 # 57 - 03 - 07	
Teléfono:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
INDICATIVO	NUMERO	Departamento: VALLE DEL CAUCA	Municipio: CALI
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)		CODIGO: E P S 0 1 2	
COMFENALCO VALLE EPS			

DATOS DEL PACIENTE

TORRES	URBANO	YEISON	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<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 extranjería			
Fecha de Nacimiento			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Dirección de Residencia Habitua CRA 41 NO 5C 66			
Departamento NARIÑO		Municipio: PASTO	
Telefono celular <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Correo Electronico <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
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

INFORMACION DE LA ATENCION

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 checked="" type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencia	<input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria	<input type="checkbox"/> No Prioritaria	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito	<input type="checkbox"/> Servicios electivos			

Ubicación del paciente al momento de la solicitud de la autorización:

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

Manejo integral según guía de:

Código	CUPS	Cantidad	Descripción
1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL (INCLUYE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS) COMPLEJIDAD MI
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

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 31 de agosto 2020**

Impresión diagnóstica:	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico Principal	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de quien informa	Teléfono
LUIS E. ORTIZ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Cargo o actividad: AUTORIZACIONES	indicativo <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Teléfono Celular: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>