

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL



Numero de Solicitud: 

--	--	--	--	--	--	--	--

 Fecha: 

A	A	A	A	-	M	M	-	D	D
2	0	2	1	-	1	2	-	3	1

 Hora: 

H	H	:	M	M
1	0	:	0	0

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																																														

TORRES										URBANO										YEISON																			
1er Apellido										2do Apellido										1er Nombre										2do Nombre									
Tipo Documento de Identificación																																							
<input type="checkbox"/> Registro civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cedula de Ciudadania <input type="checkbox"/> Cedula de extranjeria										<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación										<div> <div>1</div><div>1</div><div>4</div><div>3</div><div>9</div><div>5</div><div>1</div><div>1</div><div>4</div><div>9</div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div> </div> Número documento de identificación																			
																				<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> Fecha de Nacimiento																			
																				<div> <div>1</div><div>9</div><div>7</div><div>9</div><div>-</div><div>0</div><div>6</div><div>-</div><div>2</div><div>2</div><div></div> </div>																			
Dirección de Residencia Habitua																				CRA 41 NO 5C 66																			
Departamento																				NARIÑO																			
Municipio																				PASTO																			
Teléfono celular																				0 0 3 1 5 3 8 3 4 9 1 8																			
Teléfono celular																				0																			
Correo Electronico																																							
Cobertura en salud																																							
<input checked="" type="checkbox"/> Regimen Contributivo <input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - total										<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - Parcial <input type="checkbox"/> Poblacion Pobre No asegurada con SISBEN										<input type="checkbox"/> Poblacion Pobre No asegurada sin SISBI <input type="checkbox"/> Desplazado										<input type="checkbox"/> Plan adicional de salud <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"/>		<input type="checkbox"/>	Servicios electivos	<input type="checkbox"/>	No Prioritaria

[illegible][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 31 de diciembre 2020

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								