

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL



Numero de Solicitud:

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

 Fecha:

A	A	A	A	-	M	M	-	D	D
2	0	2	1	-	1	2	-	0	7

 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																																			

SERNA																				JORGE																			
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										1 1 1 1 7 4 7 6 9 6 Número documento de identificación																			
										A A A A - M M - D D Fecha de Nacimiento										1 9 7 9 - 0 1 - 0 5																			
Dirección de Residencia Habitua										BARRIO COLINAS										Telefono: 0 0 3 1 7 6 9 9 7 1 6 7																			
Departamento										NARIÑO										5 2 Municipio: PASTO																			
Telefono 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

<input type="checkbox"/>	Consulta Externa	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio	HOSPITALIZACION	Cama	<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:

[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 07 de diciembre 2020

Impresión diagnóstica:	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico Principal	F 3 2 9	EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO
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