E.S.E. HOSPITAL DIVINO SALVADOR DE SOPÓ

E.S.E. HOSPITAL DIVINO SALVADOR DE SOPÓ
Nit.: 860.023.878-9

ANEXO 3: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

- [ ] SOPÓ
- [x] CENTRO DE SALUD LA CALERA
- [ ] PUESTO SALUD TOCANCIPA

TIPO DOC.:	FORMATO
PROCESO:	Med. General
CÓDIGO :	AMB-TC-F-02
PÁGINA :	1 de 1
REVISIÓN :	Junio - 2017
VERSIÓN :	02

Número de Solicitud: Fecha: 12 08 2023 Hora: No.

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E. HOSPITAL DIVINO SALVADOR NIT. 860023878-9

C.C.

Nombre: 2575800051 01 Dirección Prestadora:

Teléfono: Indicativo: Número: 857 2860 Departamento: CUNDINAMARCA 11 Municipio: SOPÓ 01

Entidad a la que se le informa (Pagador): Famisanar Código:

DATOS DEL PACIENTE

1er. Apellido: Rivera de 2do. Apellido: Rodríguez 1er. Nombre: María 2do. Nombre: Benilda

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

- [ ] Registro Civil
- [x] Cédula de Ciudadanía
- [ ] Pasaporte
- [ ] Tarjeta de Identidad
- [ ] Cédula de Extranjería
- [ ] Adulto sin identificación

No. 20482538

Fecha de Nacimiento:

Dirección de Residencia Habitual: Teléfono:

Departamento: CUNDINAMARCA Municipio: La Calera

Teléfono Celular: Correo Electrónico:

Cobertura:

- [ ] Régimen Contributivo
- [x] Régimen Subsidiado - Total
- [ ] Régimen Subsidiado - Parcial
- [ ] Población pobre No asegurada con SISBÉN
- [ ] Población pobre No asegurada sin SISBÉN
- [ ] Desplazado
- [ ] Plan Adicional de Salud
- [ ] Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADO

Origén de Atención:

- [x] Enfermedad General
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente de Trabajo
- [ ] Accidente de Tránsito
- [ ] Evento Catastrófico

Tipo de Servicios Solicitados:

- [ ] Posterior a la Atención inicial de Urgencias
- [ ] Servicios Electivos
- [ ] Prioridad
- [ ] No Prioridad

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de la Autorización

- [ ] Consulta Externa
- [x] Urgencias
- [ ] Hospitalización

Servicio: Cama:

Manejo Integral según Guía de:

	Código CUPS	Cantidad
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Descripción:

Oxígeno por cánula nasal 2Lt/min para uso 18 horas al día.

Se solicita además:
- Bala grande de reserva
- Bala pequeña para traslado
- Humidificador
- Cánula nasal adulta

Justificación Clínica:

Impresión Diagnóstica
Diagnóstico Principal
Diagnóstico Relacionado 1
Diagnóstico Relacionado 2

Código CIE 10: J449

Nombre de quien solicita:

Dra. Marcela Herrera M.
Médico General
R.M. 25457/2013
FUCS

Teléfono: 091 857 2242
Indicativo: Número: Extensión

HDS-018-A3