ANEXO TÉCNICO 3
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 206132 **FECHA** 2024- 09 -19 **HORA** 13 : 52

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre
HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE

NIT [X] 890304155 -
CC [ ]

Codigo 760010360901 **Dir. Prestador** CALLE 5 # 80-00
Teléfono 2 3223232 **Departamento** VALLE 76 **Municipio** CALI (SANTIAGO DE CALI) 1
Indicativo Número

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)(CONSULTA) NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE S **Codigo** EPSS17

DATOS DEL USUARIO (COMO APARECE EN LA BASE DE DATOS)

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
QUINTERO	VEIRA	YOLANDA	NO TIENE

Tipo Documento De Identificación

- [ ] Registro Civil
- [ ] Tarjeta De Identidad
- [X] Cédula De Ciudadanía
- [ ] Cédula De Extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto Sin Identificación
- [ ] Menor Sin Identificación

29725274 **Número Documento De Identificación**

Fecha De Nacimiento 1959- 01 -18

Dirección Residencia Habitual CALLE 9 # 13-35 PRADERA **Telefono** 3137206928
Departamento VALLE 76 **Municipio** CALI (SANTIAGO DE CALI) 1
Celular 3205791843 **Correo E-Mail** no tiene

Cobertura En Salud

- [X] Reg. Contributivo
- [ ] Reg. Subsidiado - Total
- [ ] Reg. Subsidiado - Parcial
- [ ] Pobl. Pobre No Asegurada Con SISBEN
- [ ] Pobl. Pobre No Asegurada Sin SISBEN
- [ ] Desplazado
- [ ] Plan Adicional De Salud
- [ ] Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen De La Atención

- [X] Enfermedad General
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente De Trabajo
- [ ] Accidente De Transito
- [ ] Evento Catastrofico

Tipo De Servicios S

- [ ] Post. Atención inicial Urgen.
- [X] Servicios Electivos

Prioridad De La A

- [ ] Prioritaria
- [X] No Prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion:

- [X] Consulta EXterna
- [ ] Urgencias
- [ ] Hospitalización

Servicio [Ambulatorio] Cama [ ]

Manejo integral según Guía de : _____

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
883101	1,00	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO

Justificación Clinica

Solicitada por Dr. ALMA ISABEL MONTOYA LENIS, Observaciones: ORDEN PARA TOMA DE IRM CEREBRAL SIMPLE BAJO SEDACIÓN PARA DESCARTAR ALTERACIÓN ESTRUCTURAL.

Impresion Diagnostica	Codigo CIE10	Descripción
Diagnostico Principal	F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
Diagnostico Relacionado	R418	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS
Diagnóstico Relacionado		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre De Quien Reporta
ALMA ISABEL MONTOYA LENIS

Cargo O Actividad PSIQUIATRIA

Teléfono 2 (Indicativo) 3223232 (Número) [ ] (Extensión)

Tel. Celular [ ]

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE [ARORmed1]

890304155

Fecha: 19/09/24
Hora: 13:53:00
Página: 4

CALLE 5 # 80-00

ORDENES MEDICAS AMBULATORIAS
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

Fecha Ord. Medica: 19/09/2024 13:08:10

Paciente : CC 29725274 YOLANDA QUINTERO VEIRA
Fecha de nacimiento: 18/01/59 **Edad :** 65 AÑOS **Sexo:** FEMENINO **Folio:** 1
Sede: HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE
Empresa: (CONSULTA) NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD CONTR
Pabellon: Ambulatorio **Cama:**
Diagnóstico : F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Procedimiento	Descripciòn	Cant.
998702	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	1
OBSERVACIÓN	ORDEN PARA SEDACIÓN PARA TOMA DE IRM CEREBRAL SIMPLE.	

Alma I. C.I mont. 2...

ALMA ISABEL MONTOYA LENIS

Nombre / Firma del médico
C.C Nº 25619875
Reg. MD. 522165
Especialidad: PSIQUIATRIA

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E. NIT: 890304155-1 ALMA ISABEL MONTOYA LENIS C.C. 25.619.875 RM: 522165 MEDICO PSIQUIATRA

PROTECCIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Codigo 760010360901 **NUMERO DE SOLICITUD** 206135 **FECHA** 2024- 09 -19 **HORA** 13 :52

Teléfono 2 3223232 **Dir. Prestador** CALLE 5 # 80-00 **NIT** [X] 890304155 -

Indicativo Número **Departamento** VALLE **CC** [ ] **Número** **DV**

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR)(CONSULTA) NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE S 76 **Municipio** CALI (SANTIAGO DE CALI) 1

DATOS DEL USUARIO (COMO APARECE EN LA BASE DE DATOS) **Codigo** EPSS17

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
QUINTERO	VEIRA	YOLANDA	NO TIENE

Tipo Documento De Identificación

[ ] Registro Civil
[X] Tarjeta De Identidad
[ ] Cédula De Ciudadania
[ ] Cédula De Extranjería
[ ] Pasaporte
[ ] Adulto Sin Identificación
[ ] Menor Sin Identificación

29725274 **Número Documento De Identificación**

Dirección Residencia Habitual CALLE 9 # 13-35 PRADERA **Fecha De Nacimiento** 1959- 01 -18

Departamento VALLE **Telefono** 3137206928

Celular 3205791843 76 **Municipio** CALI (SANTIAGO DE CALI) 1

Correo E-Mail no tiene

Cobertura En Salud

[X] Reg. Contributivo
[ ] Reg. Subsidiado - Total
[ ] Reg. Subsidiado - Parcial
[ ] Pobl. Pobre No Asegurada Con SISBEN
[ ] Pobl. Pobre No Asegurada Sin SISBEN
[ ] Desplazado
[ ] Plan Adicional De Salud
[ ] Otro

Origen De La Atención

[X] Enfermedad General
[ ] Enfermedad Profesional
[ ] Accidente De Trabajo
[ ] Accidente De Transito
[ ] Evento Catastrofico

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Tipo De Servicios S

[ ] Post. Atención inicial Urgen.
[X] Servicios Electivos

Prioridad De La A

[ ] Prioritaria
[X] No Prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion:

[X] Consulta EXterna
[ ] Urgencias
[ ] Hospitalización

Servicio Ambulatorio Cama

Manejo integral según Guía de :

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
998702	1,00	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓST

Justificación Clinica

Solicitada por Dr. ALMA ISABEL MONTOYA LENIS, Observaciones: ORDEN PARA SEDACIÓN PARA TOMA DE IRM CEREBRAL SIMPLE.

Impresion Diagnostica

	Codigo CIE10	Descripción
Diagnostico Principal	F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
Diagnostico Relacionado	R418	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS
Diagnostico Relacionado		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre De Quien Reporta

ALMA ISABEL MONTOYA LENIS

Cargo O Actividad PSIQUIATRIA

Teléfono 2 (Indicativo) 3223232 (Número) (Extensión)

Tel. Celular