



MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 003939 Fecha: 2023-05-25 Hora: 20:03:36

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre	FUNDACIÓN VALLE DEL LILI			NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	8903241775
				CC	<input type="checkbox"/>	Número
Código	760010287001	Dirección prestador:				
Teléfono:	57(2) 032 3319090	Carrera 98 No. 18 - 49				
	indicativo	Número	Departamento:	VALLE DEL CAUCA	76	Municipio: CALI
						001

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR): SEG. SURAMERICANA S.A. ARL CODIGO: NA

DATOS DEL PACIENTE

HURTATIZ	MOTATO	BRIAN	DAVID
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1118300486	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	Número documento de identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	Fecha de Nacimiento	1993-04-19	
Dirección de Residencia Habitual: NO TIENE			Teléfono
			3157144765
Departamento: VALLE DEL CAUCA		76	Municipio: YUMBO
			892
Teléfono Celular:	3157144765	Correo electrónico: nt@nt.com	

Cobertura en Salud

<input type="checkbox"/> Régimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - parcial	<input type="checkbox"/> Poblacion pobre No asegurada sin SISBEN	<input type="checkbox"/> Plan adicional de Salud
<input type="checkbox"/> Régimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/> Poblacion pobre No asegurada con SISBEN	<input type="checkbox"/> Desplazado	<input checked="" type="checkbox"/> Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención	Tipo de servicios solicitados		Prioridad de la atención
<input type="checkbox"/> Enfermedad General	<input checked="" type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	<input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input checked="" type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencias	<input type="checkbox"/> No Prioritaria
		<input type="checkbox"/> Servicios electivos	

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización

<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio	UM Urgencias	Cama	CB-URE01
<input type="checkbox"/> Urgencias					

Manejo integral según Guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
110A01	0003	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS

Justificación Clínica:

SE SOLICITA ESTANCIA EN UCI POR 3 DÍAS DESDE 25 05 2023. PACIENTE CON TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO PENETRANTE POR OBJETO METALICO A ALTA VELOCIDAD. EN EL MOMENTO CON SIGNOS DE DISFUNCION CORTICOTRONCULAR COMPATIBLES CON DIAGNOSTICO CLINICO DE MUERTE ENCEFALICA, SIN EMBARGO, CON EFECTOS RESIDUALES DE SEDACION POR SUSPENSION RECIENTE DE LA MISMA. EN TAC DE CRANEO SIMPLE CON ESTALLIDO OCULAR IZQUIERDO Y TRAYECTO DE OBJETO METALICO HACIA EL TALLO CEREBRAL, CON HEMATOMA SUBUDRAL AGUDO DEL LADO IZQUIERDO, EDEMA CEREBRAL DIFUSO Y CISTERNAS DE LA BASE OBLITERADAS. DADA SU CONDICION CLINICA Y HALLAZGOS EN IMAGEN, SE CONSIDERA NO SE BENFICIA DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS POR NEUROCIRUGIA. DEJAR SIN SEDACION, CONTINUAR PROTOCOLO DE MUERTE ENCEFALICA. NO SE ENCUENTRA FAMILIAR

Impresión Diagnóstica:	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico principal	S019	HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICA
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita	Teléfono	032 3319090
CASTRO RAMIREZ, OSCAR JAVIER		
Cargo o actividad: NEUROCIRUGIA	Teléfono Celular	