



MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 003953 Fecha: 2023-05-26 Hora: 10:22:43

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"/>	Régimen Subsidiado - total		<input type="checkbox"/>	Poblacion pobre No asegurada con SISBEN		<input type="checkbox"/>	Desplazado
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	Plan adicional de Salud
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input 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 type="checkbox"/>	Enfermedad Profesional		<input type="checkbox"/>	Accidente de tránsito	<input checked="" type="checkbox"/>	Posterior a la atención inicial de urgencias
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Servicios electivos	<input type="checkbox"/>	No Prioritaria
Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización						
<input type="checkbox"/>	Consulta Externa		<input checked="" type="checkbox"/>	Hospitalización	Servicio	UM Urgencias
<input type="checkbox"/>	Urgencias				Cama	CU-333T4

Manejo integral según Guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
110A01	0002	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS
0000306004	0001	LARINGOSCOPIA
0000389101	0001	IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL
0000879111	0001	TOMOGRFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE
0000881202	0001	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO
881390-002	0001	ULTRASONOGRAFIA PARA GUIA DE ACCESO VASCULAR
0000908856	0001	IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES

Justificación Clínica:

SE SOLICITA AUTORIZACION POR FAVOR DE LAS SIGUIENTE TECNOLOGIAS:

879111 TOMOGRFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

908856 IDENTIFICACION DE OTRO VIRUS (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES

306004 LARINGOSCOPIA

389101 IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL

881390-002 ULTRASONOGRAFIA PARA GUIA DE ACCESO VASCULAR

881202 ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO

110A01 INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS 26.05.2023

110A01 INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS 27.05.2023

PACIENTE CON TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO PENETRANTE POR OBJETO METALICO A ALTA VELOCIDAD EN

Impresión Diagnóstica:	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico principal	S099	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICAD
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita	Teléfono	032 3319090
MORELL PAZ, TATIANA		
Cargo o actividad: MEDICINA URGENCIAS	Teléfono Celular	



MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 003953 Fecha: 2023-05-26 Hora: 10:22:43

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"/> Posterior a la atención inicial de urgencias	<input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito		<input type="checkbox"/> Servicios electivos	<input type="checkbox"/> No Prioritaria	

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización

<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio	UM Urgencias	Cama	CU-333T4
<input type="checkbox"/> Urgencias					

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	S099	TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICAD
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita	032 3319090
MORELL PAZ, TATIANA	
Cargo o actividad: MEDICINA URGENCIAS	Teléfono Celular