



**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

Número de Solicitud: 6558

Fecha: 2023-05-04

Hora: 15:39

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)**

Nombre: PROPACE sede 011

NIT  860013874 - 7

CC  Número

DV

Código:	110010825806	Dirección Prestador:	Carrera 54 # 65-85
Teléfono:	0571	3534000	
Indicativo	Número	Departamento:	BOGOTA
		11	Municipio: BOGOTÁ D.C.
			001

**ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)** ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS SAS Código: EPS005

**DATOS DEL PACIENTE**

REVEIZ	GONZALEZ	NICOLAS	NO TIENE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

**Tipo Documento de Identificación**

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería	

1032393186

Número Documento Identificación

Fecha de Nacimiento: 2005-04-12

Dirección de la Residencia Habitual: CLL 39 A 19 53 Teléfono: 3194392262

Departamento: BOGOTA 11 Municipio: BOGOTÁ D.C. 001

Teléfono Celular: 3004725411 Correo Electrónico: catareveiz@hotmail.com

**Cobertura en Salud**

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

**INFORMACIÓN DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS**

<b>Origen de la Atención</b>	<b>Tipo de Servicio Solicitado</b>	<b>Prioridad de la Atención</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input checked="" type="checkbox"/> Prioritaria
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	<input type="checkbox"/> No prioritaria
<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de Urgencias	
	<input checked="" type="checkbox"/> Servicios Electivos	

**Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización**

<input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio CONSULTA EXTERNA	Cama <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Urgencias			

**Manejo Integral según Guía de:**

**Otra Información de los Servicios Solicitados**

Ambulatorio: No Hospitalización/Días: Cuidados Intensivos/Días: Cuidado Intermedio/Días: Intensificador: No  
Rayos X: No Torniquete: No Analgesia Post Operatoria: No Duración de la Cirugía: Sangre: No Cantidad:

Código	Cantidad	Descripción	Indicador	Lateralidad	Via	Ortesis
890380	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORT	POS	Ninguna	No Aplica	No Aplica
		Observación: control cirugía de rodilla dr gravini control en 2 semanas				
931001	20	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	POS	Ninguna	No Aplica	No Aplica
		Observación: POP RECONSTRUCCION LCA + SUTURA MENISCAL TERAPIA FISICA 15 SESIONES 1 SEDACION Y MEDIDAS ANTIEDEMA 2 INSISTIR EN EXTENSION DE RODILLA ESTIRAMIENTO DE ISQUIOTIBIALES TRICEPS SURÁL Y BANDELETA ILIOTIBIAL 3 MEJORAR ARCO DE MOVILIDAD ACRTIVO ASISTIDO HASTA 90° DE FLEXION PRIMERAS 4 SEMANAS 4 NO APOYAR LAS 2 PRIMERAS SEMANAS E INICIAR SEMANA 3 APOYO 15 KG SEMANA 4 20 KG SEMANA 5 25 KG, SEMANA 6 30 KG Y SUSPENDER PRIMERA MULETA 5 ISOMETRICOS DE CUIADRICEPS EN EXTENSION CON CARGA				

**Justificación Clínica:**

control cirugía de rodilla dr gravini control en 2 semanas POP RECONSTRUCCION LCA + SUTURA MENISCAL TERAPIA FISICA 15 SESIONES 1 SEDACION Y MEDIDAS ANTIEDEMA 2 INSISTIR EN EXTENSION DE RODILLA ESTIRAMIENTO DE ISQUIOTIBIALES TRICEPS SURAL Y BANDELETA ILIOTIBIAL 3 MEJORAR ARCO DE MOVILIDAD ACRTIVO ASISTIDO HASTA 90° DE FLEXION PRIMERAS 4 SEMANAS 4 NO APOYAR LAS 2 PRIMERAS SEMANAS E INICIAR SEMANA 3 APOYO 15 KG SEMANA 4 20 KG SEMANA 5 25 KG, SEMANA 6 30 KG Y SUSPENDER PRIMERA MULETA 5 ISOMET

*Pro*