



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

Número de Solicitud: 15957

Fecha: 2023-05-24 Hora: 14:54

Plan Premium

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre: INSTITUTO ROOSEVELT sede 010

NIT 860013874 - 7

CC Número

DV

Código:	110010825801	Dirección Prestador:	Carrera 4 Este # 17-50 Av Circunvalar		
Teléfono:	0571	3534000			
	Indicativo	Número	Departamento:	BOGOTA	II
			Municipio:	BOGOTÁ D.C.	001

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

DATOS DEL PACIENTE

ALBA	PULIDO	HECTOR	NO TIENE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	19189293
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número Documento Identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 1952-06-22
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		

Dirección de la Residencia Habitual: CRA 69 F# 1-75 Teléfono: 3004462988

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

Teléfono Celular: 3113057070 Correo Electrónico: HECTORALBA.ARQUITECTUKA@GMAIL.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

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

Ubicación del Paciente al Momento de la Solicitud de Autorización

Consulta Externa Hospitalización Servicio: CONSULTA EXTERNA Cama:

Urgencias

Manejo Integral según Guía de:

Otra Información de los Servicios Solicitados

Ambulatorio: Si 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
883270	1	RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	POS	Ninguna	No Aplica	No Aplica
		Observación: Rm de columna cervical. Radiculopatía izquierda				
890364	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA	POS	Ninguna	No Aplica	No Aplica
		Observación: Fisiatría				
891509	6	NEUROCONDUCCION CADA NERVIO	POS	Ambas	No Aplica	No Aplica
		Observación: Miembros superiores. Radiculopatía izquierda ?, STC ?				
930860	2	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	POS	Ambas	No Aplica	No Aplica
		Observación: Miembros superiores. Radiculopatía izquierda ?, STC ?				
931001	15	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	POS	Ninguna	No Aplica	No Aplica
		Observación:				

Justificación Clínica:

Dolor crónico