

Llamar

Lunes - viernes
8am - 12h.

AUTORIZACION DE SERVICIOS N° 153835195



Original

| | | | | | |
|------------------------------|------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------|---------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENTIFICACION | IDENTIFICACION | EDAD |
| juan david patarroyo merchan | | COTIZANTE | cedula ciudadania | 1013549022 | 22 AÑOS |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA | | ENTIDAD RECOBRO | |
| 1 | pos contributivo | CF Corvesalud Ltda Teusaquillo | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | USUARIO QUE TRANSCRIBE | |
| cafi cosmosalud | | | | david ramirez casafranco | |


PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR

| | | | | | |
|---------------|-------------------------|---------------|-----------------------|----------------|---|
| CAUSA EXTERNA | enfermedad general | DX. PRINCIPAL | nT33 | DX. SECUNDARIO | |
| Código | Procedimiento (s) | Cant. | Finalidad | Lateralidad | Observaciones |
| 890202 | anestesiología consulta | 1 | proteccion especifica | no aplica | fecha aprobación: 2016/01/14 paciente que se debe valorar para pieloplastia derecha |

TIPO PAGO A REALIZAR

| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
|-----------------|-------------|------------|------------------|---------------------------------|
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | |
| 0.00 | 0.00 | 0.00 | 2100.00 | 0 |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACION

| | | | |
|--|----------------------|---|---------------------------|
|  david ramirez casafranco Profesional | | INSTITUCION A LA QUE SE REMITE | |
| | | corporacion ips saludcoop clinica santa bibiana | |
| 94451946 | Registro Profesional | Dirección | avenida 127 numero 16a 27 |
| | | Teléfono | 6295952 |
| IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION | | | |

AUTORIZACION DE SERVICIOS N° 153835195



Original

| | | | | | |
|------------------------------|------------------|--------------------------------|------------------------|---------------------------|---------|
| NOMBRE DEL PACIENTE | | TIPO AFILIADO | TIPO DE IDENTIFICACION | IDENTIFICACION | EDAD |
| juan david patarroyo merchan | | COTIZANTE | cedula ciudadania | 1013649022 | 22 AÑOS |
| NIVEL | PLAN | IPS PRIMARIA | | ENTIDAD RECOBRO | |
| 1 | pos contributivo | CF Corvesalud Ltda Teusaquillo | | | |
| IPS QUE SOLICITA | | | | USUARIO QUE TRANSCRIBE | |
| cafi cosmosalud | | | | david ramirez casasfranco | |


PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR

| CAUSA EXTERNA | enfermedad general | DX. PRINCIPAL | n133 | DX. SECUNDARIO | |
|---------------|---|---------------|-------------|----------------|-----------------------------------|
| Código | Procedimiento (s) | Cent. | Finalidad | Lateralidad | Observaciones |
| 558730 | pieloplastia por laparoscopia | 1 | terapeutico | derecho | fecha aprobacion: 2016/01/14 null |
| | honorario de cirujano para pieloplastia por laparoscopia | 1 | terapeutico | derecho | fecha aprobacion: 2016/01/14 null |
| | honorario de anestesiologo para pieloplastia por laparoscopia | 1 | terapeutico | derecho | fecha aprobacion: 2016/01/14 null |
| | honorario de ayudante para pieloplastia por laparoscopia | 1 | terapeutico | derecho | fecha aprobacion: 2016/01/14 null |
| | derechos de sala para pieloplastia por laparoscopia | 1 | terapeutico | derecho | fecha aprobacion: 2016/01/14 null |
| | material de sutura para pieloplastia por laparoscopia | 1 | terapeutico | derecho | fecha aprobacion: 2016/01/14 null |

TIPO PAGO A REALIZAR

| PAGO COMPARTIDO | | COPAGO | CUOTA MODERADORA | DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS |
|-----------------|-------------|------------|------------------|---------------------------------|
| EPS (%) | USUARIO (%) | PORCENTAJE | | |
| 0.00 | 0.00 | 0.00 | 2700.00 | 0 |

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACION

| | | | |
|---|--|---|---------------------------|
|  david ramirez casasfranco 94451948 Profesional Registro Profesional | | INSTITUCION A LA QUE SE REMITE | |
| | | corporacion ips es: ludcoop clinica santa bibiana | |
| | | Direccion | cvenida 127 numero 16a 27 |
| | | Telefono | 6295952 |
| IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION | | | |

AUTORIZACION CIRUGIA = CAFESALUD

PAG 2

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O
PROCEDIMIENTO ESPECIAL**

PROGRAMADA - AMBULATORIA

Bogotá D.C. 2016/01/14

1. Por medio del presente documento autorizo al Doctor(a) David Ramirez Casafranco y a los asistentes de su elección en la IPS CF Clínica 104 a realizar en mí o en el (la) paciente JUAN DAVID PATARROYO MERCHAN la(s) siguiente (s) intervención (es) quirúrgica (s):
PIELOPLASTIA POR LAPAROSCOPIA

2. El Doctor David Ramirez Casafranco con CC - 94451946 de la IPS CF Clínica 104 me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que puedan producirse:

Infección - Sangrado - Neuropatía -
perdida del Ream

así como las posibles alternativas al tratamiento propuesto. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

3. Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si e

l médico arriba mencionado lo juzga necesario.

4. En caso de ser requerido a criterio y por orden del médico tratante, autorizo a la IPS CF Clínica 104 para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos (tejidos y fluidos) que sean retirados de mi cuerpo previa toma de mue

stras con destino a exámenes de diagnóstico.

5. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

He sido advertido que en este documento se contiene el Consentimiento Informado ordenado legalmente en las normas transcritas al pie de página; pero que este no corresponde a una exoneración del médico tratante por un actuar indebido o ilícito. El

consentimiento de los riesgos propios de la intervención, me permite aceptarlos en forma consciente en el entendido que se persigue el beneficio del restablecimiento de mi salud o de mi calidad de vida, sin que se puedan asegurar los resultados.

Por Favor agregar el parentesco si firma una persona que no es el paciente.

Firma del Paciente o Responsable

Firma Testigo


CC 1013649022 De Bogota

CC _____ De _____

Para Diligenciar Unicamente por el Médico Tratante:

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos y alternativas de la intervención quirúrgica o procedimiento especial citado en el numeral uno (1), y he contestado todas las preguntas que el paciente o persona res

ponsable me han formulado.

Firma del Profesional, Número de C.C. y Registro

Artículo 15 Ley 23 de 1981


Dr. David Ramirez
Urologo
917582001

BOLETA DE SOLICITUD DE SALA DE CIRUGIA**CF Clinica 104**

Fecha Diligenciamiento 2016/01/14

Valoración N°

2356302

Identificación: CC - 1013649022

Nombre de Usuario: JUAN DAVID PATARROYO MERCHAN

Tipo Afiliado: COTIZANTE

Edad: 21 años 8 meses 19 días

Teléfono: 2027022

Convenio: - Convenio Cf Clinica 104 - Convenio Evento

Duración total: 90 Min.

IPS Primaria: CF Corvesalud Ltda Teusaquillo

Nivel Salarial: 1

PROCEDIMIENTOS A REALIZARNEFROSTOMIA PERCUTANEA CON LITOFRAGMENTACION Y EXTRACCION ENDOSCOPICA EN RIÑON
PIELOPLASTIA POR LAPAROSCOPIA**Lateralidad**

Derecho

Derecho

Tipo cirugía

PROGRAMADA - AMBULATORIA

Tipo herida

Limpia - Contaminada

Estancia

Requiere

Observaciones

Fecha programación

IPS

Profesional

David Ramirez Casasfranco

Especialidad Profesional

UROLOGIA

Documento de identidad

CC - 94451946

Registro Profesional

94451946