

ANEXO TÉCNICO No. 3

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD Fecha: Hora:

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre NIT CC Número DV

Código Dirección prestador: CALLE DE LA ESPERANZA CON LA AVENIDA X
 Teléfono: Departamento: ANTIOQUIA 5 Municipio: Medellín 1

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR) CODIGO: 0000000000

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre
 Tipo Documento de Identificación
 Registro Civil Pasaporte Número documento de identificación
 Tarjeta de identidad Adulto sin identificación
 Cédula de ciudadanía Menor sin identificación
 Cédula de extranjería Fecha de Nacimiento

Dirección de Residencia Habitual: Teléfono:
 Departamento: ANTIOQUIA 5 Municipio: Medellín 1

Teléfono celular Correo electrónico

Cobertura en salud
 Regimen Contributivo Regimen Subsidiado - parcial Población Pobre no asegurada sin SISBEN Plan adicional de salud
 Regimen Subsidiado - total Población pobre No asegurada con SISBEN Desplazado Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención Enfermedad General Accidente de trabajo Evento Catastrófico Enfermedad Profesional Accidente de tránsito Tipo de servicios solicitados Posterior a la atención inicial de urgencias Servicios electivos Prioridad de la atención Prioritaria No prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:
 Consulta Externa Hospitalización Servicio Cama
 Urgencias

Manejo integral según Guía de :

Código CUPS	Cantidad	Descripción
1 010100	1	PUNCIÓN CISTERNAL SOD §
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Justificación Clínica:

Impresión Diagnóstica:

Codigo CIE10	Descripción
Diagnóstico principal <input type="text" value="A001"/>	<input type="text" value="COLERA DEBIDO A VIBRIO CHOLERAEE O1, BIOTIPO EL TOR"/>
Diagnóstico relacionado 1 <input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnóstico relacionado 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita Teléfono extensión
 Cargo o actividad: Teléfono celular:

