

ESPACIO PARA SELLO
DE RADICACION

FECHA DILIGENCIAMIENTO DIA MES AÑO

I. DATOS DEL USUARIO

Nombres y Apellidos _____		Edad _____
Tipo identificación	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ASI <input type="checkbox"/> MSI <input type="checkbox"/>	No. Documento _____
Dirección _____	Tel. Fijo _____	Tel. Cel. _____
_____	Municipio _____	Departamento _____

II. DIAGNÓSTICO

Dx PRINCIPAL _____	Código C.I.E. 10 _____
Dx SECUNDARIO _____	_____

III. SI EL SERVICIO MEDICO Y/O PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD ES UNICO PERO DEBE SER REPETIDO, DETERMINAR:

OBJETIVO DEL SERVICIO SOLICITADO	IDENTIFICAR MOTIVO: Porque se requiere nueva evaluación
<input type="checkbox"/> Promoción <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Complicación <input type="checkbox"/> Recurrencia de la afección
<input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Rehabilitación	<input type="checkbox"/> Presunta mala praxis

IV. MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD NO INCLUIDA EN EL P.O.S. SOLICITADO

Nombre Medicamento (genérico) / Servicio	Forma de Presentación y/o Concentración	Dosis y/o Frecuencia de Uso	No. Días Tratamiento

GRUPO TERAPÉUTICO:

V. MEDICAMENTOS / SERVICIO MEDICO / PRESTACIÓN DE SALUD DE IGUAL GRUPO TERAPEUTICO QUE SE REEMPLAZA O SUSTITUYE Y QUE SE ENCUENTRA EN EL POS

Nombre Medicamento (genérico) / Servicio	Forma de Presentación y/o Concentración	Dosis y/o Frecuencia de Uso	Equivalente del Medicamento y/o Servicio solicitado	No. Días Tratamiento

VI. NOMBRE OTRAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO PARA ESTE CASO (POS O NO POS)

VII. EXISTE RIESGO INMINENTE?

SI NO Cuál? _____

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

--

X. DOCUMENTOS A ANEXAR (Espacio EPS)

<input type="checkbox"/> Resumen completo de Atención, Historia Clínica y/o Epicrisis con máximo 20 días de vigencia (Fotocopia)	XI. PROFESIONAL DE LA SALUD <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> ODONTÓLOGO Reg. Med. _____ Nombres y Apellidos _____ Especialidad _____ Firma _____
<input type="checkbox"/> Copia de la Orden del Procedimiento, Suministro y/o Fórmula Médica actualizada con la regulación establecida en el Decreto 2200 de 2005	
<input type="checkbox"/> Tener en cuenta que las fechas de expedición de estos documentos deben coincidir.	
Nota: El no cumplir con estos requisitos, ni diligenciar en su totalidad el formulario tendrá como consecuencia el no trámite de la solicitud, hasta cumplirlos. La entrega de estos suministros y/o procedimientos está sujeta a la aprobación del Comité Técnico-Científico de acuerdo a la normatividad vigente expedida por el Ministerio de la Protección Social.	
Nombre de quien radica _____	Firma y Sello _____

continúa al respaldo

ESPACIO PARA FECHA Y SELLO DE RADICACIÓN	No. documento _____	Nombre: _____	
	Regional _____	Fecha respuesta _____	Hora _____
	PAI _____	PAI: Sede principal, Caf Av 68, Fiesta Suba, Hospital San Ignacio, Tunja, Zipaquira, Fusagasuga, Girardot, Facatativa.	
	Funcionario _____		

Para la entrega de su respuesta, por favor acerquese a los puntos de atención relacionados con este desprendible y la fórmula médica original que presentó para el análisis ante el comité.

