Departamento del Meta – Solución Salud – Empresa Social del Estado – NIT. 822006595-1	E.S.E. DEPARTAMENTAL "SOLUCIÓN SALUD"	VERSIÓN 1	CÓDIGO FR-RYC-03	PÁGINA 1 DE 1	GOBERNACIÓN DEL META
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	FECHA VIGENCIA 2014 - 01 - 01	DOCUMENTO CONTROLADO		

ANEXO TÉCNICO No. 3 SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NÚMERO DE SOLICITUD ____ **Fecha** a a a a d d m m **Hora** h h : m m

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre: NIT / CC Número DV

Código Dirección prestador:

Teléfono Indicativo Número Departamento: Municipio:

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) CÓDIGO:

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido **2do Apellido** **1er Nombre** **2do Nombre**

Tipo Documento de Identificación

- ☐ Registro civil
- ☐ Tarjeta de identidad
- ☐ Cédula de ciudadanía
- ☐ Cédula de extranjería
- ☐ Pasaporte
- ☐ Adulto sin identificación
- ☐ Menor sin identificación

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento a a a a d d m m

Dirección de Residencia Habitual: Teléfono:

Departamento: Municipio:

Cobertura en salud

- ☐ Régimen Contributivo
- ☐ Régimen Subsidiado - total
- ☐ Régimen Subsidiado - parcial
- ☐ Población pobre no Asegurada con SISBEN
- ☐ Población pobre no asegurada sin SISBEN
- ☐ Desplazado
- ☐ Plan adicional de salud
- ☐ Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención

- ☐ Enfermedad General
- ☐ Enfermedad Profesional
- ☐ Accidente de Trabajo
- ☐ Accidente de Tránsito
- ☐ Evento Catastrófico

Tipo de servicios solicitados

- ☐ Posterior a la atención inicial de urgencias
- ☐ Servicios efectivos
- ☐ Prioritaria
- ☐ No prioritaria

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

- ☐ Consulta Externa
- ☐ Urgencias
- ☐ Hospitalización

Servicio ____ Cama ____

Manejo integral según Guía de: ____

	Código CUPS	Cantidad	Descripcion
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Justificación Clínica:

Impresión Diagnóstica:	Código CIE 10	
Diagnóstico principal		
Diagnóstico relacionado 1		
Diagnóstico relacionado 2		
Diagnóstico relacionado 3		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE INFORMA

Nombre de quien reporta Teléfono: Indicativo Número Extensión

Cargo o actividad: Teléfono celular:

MPS-IPI V5 0 2008-07-11