

FORMATO ÚNICO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN

Fecha:

Hora:

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:

Código:

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (autorizado)

Nombre: _____ NIT: _____
 CC: _____ Número: _____ DV: _____
 Código: _____ Dirección prestador: _____
 Teléfono: _____ Departamento: _____ Municipio: _____
 Indicativo: _____ Número: _____

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido: _____ 2do Apellido: _____ 1er Nombre: _____ 2do Nombre: _____
 Tipo Documento de Identificación: _____
 Registro civil Pasaporte Adulto sin identificación Menor sin identificación
 Tarjeta de identidad Cédula de ciudadanía Cédula de extranjería
 Número documento de identificación: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección de Residencia Habitual: _____ Teléfono: _____
 Departamento: _____ Municipio: _____
 Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

SERVICIOS AUTORIZADOS

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

Manejo integral según Guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción
1		
2		
3		
4		
5		
6		

NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN: _____ Fecha: _____ - _____ - _____ Hora: _____ : _____

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago
 Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización _____ Reclamo de tiquete, bono o vale de pago _____

Recaudo del prestador	Concepto	Valor en pesos	Porcentaje (%)	Valor máximo (Tope) en pesos
<input type="checkbox"/>	Cuota moderadora			
<input type="checkbox"/>	Copago			
<input type="checkbox"/>	Cuota de recuperación			
<input type="checkbox"/>	Otro			

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre de quien autoriza: _____ Teléfono: _____
 Indicativo: _____ Número: _____ Extensión: _____
 Cargo o actividad: _____ Teléfono celular: _____