

Fecha	Servicio origen de la Solicitud	Tipo de Solicitud	Consecutivo
A. DATOS DEL PACIENTE			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento	Numero de Identificación	Edad	Sexo
IPS	Sede	EPS / ARS	Regimen
Tipo de Afiliación	Dirección	Telefono	Acudiente
B. DATOS DEL COTIZANTE			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento	Numero de Identificación	Telefono	
C. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA			
Diagnostico: :. - :. - :. - :.			
D. MEDICAMENTO NO POS SOLICITADO			
Principio Activo	Posología	Presentación	Dosis / día
Cantidad	Tiempo / Días	Registro INVIMA	Tiempo maximo para obtener respuesta
Efecto terapeutico deseado	Efectos Adversos y posibles riesgos del tratamiento		
E. JUSTIFICACIÓN DEL USO DEL MEDICAMENTO SOLICITADOR			
¿Existe riesgo inminente para la vida y la salud del paciente?		¿Es un medicamento en experimentación?	
¿Se han agotado las posibilidades terapeuticas existentes en el POS sin obtener respuesta clínica o paraclínica satisfactoria?		¿Es un medicamento autorizado en Colombia?	
Justificación:			
F. ALTERNATIVAS DEL P.O.S. PREVIAMENTE UTILIZADAS			
¿Existe alternativa en el POS?			
G. IDENTIFICACIÓN DEL MEDICO TRATANTE			
Medico tratante	Especialidad	Registro Médico	
Dirección de correspondencia	Telefono	email	Fax
Firma y Sello	Fecha de Radicación en EPS		
Este documentos debe ser diligenciado en forma completa unicamente por el medico tratante			