



CONSECUTIVO

FECHA SOLICITUD

A. DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

<i>Nombre</i>			<i>Primer Apellido</i>			<i>Segundo Apellido</i>		
Paciente				<i>Edad</i>		<i>años</i>		
Cotizante				<i>Telefono</i>		<i>Dirección</i>		

B. INFORMACION DEL SERVICIO SOLICITADO

<i>Nombre</i>		<i>Registro IMVIMA o Registro Sanit Presentación</i>	
<i>¿Esta en experimentación?</i>		<i>¿Es autorizado en Colombia?</i>	
<i>¿La no utilización o realización pone en riesgo inminente la vida y salud del paciente?</i>			
<i>Efecto terapéutico deseado.</i>			
<i>Tiempo de respuesta esperado.</i>			
<i>Efectos secundarios y posibles riesgos del tratamiento</i>			

C. ALTERNATIVAS DE MANEJO INCLUIDAS EN EL POS

<i>Nombre</i>	<i>Presentación</i>
<i>Razones para la no utilización de la alternativa incluida en el POS</i>	

D. DIAGNOSTICO

<i>Código CIE 10</i>
<i>Descripción</i>

E. DATOS DEL MEDICO TRATANTE

<i>Nombre</i>	<i>Especialidad</i>
<i>Registro Profesional</i>	<i>Firma y sello</i>

F. USO EXCLUSIVO PARA CTC

<i>Fecha de expedición de documentos</i>	<i>Caso CTC asignado</i>
<i>Observaciones</i>	