



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha:

a	a	a	a	-	m	m	-	d	d
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hora:

h	h	:	m	m
---	---	---	---	---

INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre

NIT

CC

Número

DV

Código

Dirección prestador:

Teléfono:

indicativo

número

Departamento:

Municipio:

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)

CODIGO:

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐

Registro Civil

☐

Pasaporte

☐

Tarjeta de identidad

☐

Adulto sin identificación

☐

Cédula de ciudadanía

☐

Menor sin identificación

☐

Cédula de extranjería

Fecha de Nacimiento

a	a	a	a	-	m	m	-	d	d
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Número documento de identificación

Dirección de Residencia Habitual:

Teléfono:

Departamento:

Municipio:

Teléfono celular

Correo electrónico

Cobertura en salud

☐

Regimen Contributivo

☐

Regimen Subsidiado - parcial

☐

Población Pobre no asegurada sin SISBEN

☐

Plan adicional de salud

☐

Regimen Subsidiado - total

☐

Población pobre No asegurada con SISBEN

☐

Desplazado

☐

Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención

☐

Enfermedad General

☐

Accidente de trabajo

☐

Evento Catastrófico

☐

Tipo de servicios solicitados

☐

Posterior a la atención inicial de urgencias

☐

Servicios electivos

Prioridad de la atención

☐

Prioritaria

☐

No prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

☐

Consulta Externa

☐

Hospitalización

Servicio

Cama

Manejo integral según Guía de :

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

Justificación Clínica:

Impresión Diagnóstica:

Codigo CIE10

Descripción

Diagnóstico principal

Diagnóstico relacionado 1

Diagnóstico relacionado 2

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita

Teléfono

indicativo

número

extensión

Cargo o actividad:

Teléfono celular: