|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. HISTORIA: |  | |
| FECHA DE SOLICITUD: | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | | |
| TIPO IDENTIFICACIÓN: # | | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | |
| EDAD: | | |
| EPS: | | |
| EMBARAZADA: SI \_\_\_ NO\_\_\_ | | MES DE GESTACIÓN: |
| DIAGNÓSTICO: | | |
|  | | |
| AYUDAS DX SOLICITADAS | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| MÉDICO QUE SOLICITA: | | |



*⚠️ ATENCIÓN: ESTA PÁGINA NO DEBE SER IMPRESA ⚠️*

Esta página es únicamente para información y referencia digital. NO la impresión. La impresión debe comenzar en la siguiente página.

| FECHA | VERSIÓN | DESCRIPCIÓN DE CAMBIO |
| --- | --- | --- |
| 07 de Mayo de de 2025 | 01 | Se transfiere desde Procesos Misionales con código FRIPS-GAI-05 formato orden ayudas diagnosticas versión 01 de Mayo de 2022 al Proceso ACE bajo nueva codificación, versión, fecha de actualización y control de firmas a partir de los nuevos responsables de acuerdo al IN-GDC-001 Instructivo Elaboración y Control de Información Documentada, versión 03 del 25 de enero de 2025 numeral 7.1 Aprobación del documento. |