

NOMBRE COMPLETO		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO DE ASIGNACIÓN	No.		
		TIPO	NÚMERO	EDAD	FECHA DE SOLICITUD		
					DD	MM	AAAA
EPS ACTUAL		E-MAIL		TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL		

Apreciado (a) Señor (a):

Para NUEVA EPS es muy importante brindarle un servicio de calidad en el cuidado de su salud y la de su familia, razón por la cual debe realizar, como requisito para asistir a la consulta médica de asegurabilidad, los siguientes laboratorios y exámenes diagnósticos, de acuerdo a su edad y género en la red de IPS establecida en su ciudad.

EXÁMENES DE INGRESO	MAYOR DE 50 AÑOS	MAYOR DE 55 AÑOS	
SEÑALE EL GRUPO DE EXÁMENES QUE APLICA:			
LABORATORIO	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
*Citología Vaginal	▼		▼
Parcial de Orina		▼	
Colesterol Total		▼	▼
Colesterol HDL Y LDL		▼	▼
Glicemia		▼	▼
Triglicéridos		▼	▼
**Antígeno Prostático		▼	▼
Creatinina		▼	▼
RADIOLOGÍA			
*Ecografía Pélvica	▼		▼
*Mamografía	▼		▼
**Radiografía de Toráx		▼	▼
ELECTRODIAGNÓSTICO			
**Electrocardiograma		▼	▼
VALOR A PAGAR POR CADA SOLICITANTE			
Número de bonos a cancelar por el usuario:	2 BONOS	3 BONOS	4 BONOS

DATOS DE LA INSTITUCIÓN			
Nombre de la IPS: _____		Sede: _____	
		Teléfonos: _____	
Dirección: _____		Barrio: _____	
		Imagenología: <input type="checkbox"/>	Laboratorio Clínico: <input type="checkbox"/>
		Electrocardiograma: <input type="checkbox"/>	

**NOTA:** Para los exámenes sin asterisco (\*), la última toma no debe ser mayor a treinta (30) días.

\*La última toma de estos exámenes no debe ser mayor a 1 año.

\*\* La última toma no debe ser mayor a tres (3) meses.

Si usted tiene todos o alguno de los exámenes con estas vigencias por favor presentarlos en el momento de la Consulta Médica.

Sino cuenta con ellos es importante que se los realice en un plazo no mayor a 30 (treinta) días a partir de la fecha de la presente comunicación y debe tener en cuenta:

a) Solicitar la cita y presentar este formato de autorización el día de la toma de exámenes.

b) Cancelar el valor correspondiente al número de bonos definido para cada grupo según edad y sexo descritos en la tabla anterior, teniendo en cuenta la tarifa vigente para cada bono. La cancelación de este valor aplica para la toma parcial o total de los exámenes incluidos en cada paquete señalado en la tabla anterior.

c) Si los exámenes para cada grupo poblacional tiene un valor inferior a la suma de los bonos, el usuario pagará el menor valor.


Si como resultado de la valoración inicial, el médico considera necesario solicitar otros exámenes o valoración de médico especialista, el costo de los mismos deberá ser asumido por usted.

Cordialmente,

NUEVA EPS

Firma Asesor Comercial: \_\_\_\_\_ Nombre Asesor Comercial \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_ Código Asesor Comercial \_\_\_\_\_



**Consentimiento Informado:**


Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades físicas y mentales, otorgo en forma libre y autónoma mi consentimiento a la IPS \_\_\_\_\_, quién obra como prestador de examen de Ingreso PAC, para que en ejercicio legal de su gestión practique la evaluación de riesgo y asegurabilidad requerida para el Plan Complementario de NUEVA EPS. Igualmente, autorizo que la información obtenida de estos exámenes de ingreso y/o de otras fuentes de validación de mi historia clínica, sea de consulta por el asegurador para los efectos mencionados.

Recibí conforme,

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente y/o REPRESENTANTE.  
C.C. \_\_\_\_\_

Prestador del servicio,

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y sello del MÉDICO.  
C.C. \_\_\_\_\_



gente cuidando gente