



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número de Informe:

373

Fecha:

05/09/2016

Hora:

INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)

Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE IMSALUD	NIT: X 900415696-2
	CC:

Código:	540010086101	Dirección Prestador:	CENTRO COMERCIAL BOLIVAR BLOQUE C LOCAL 14					
Teléfono:	097	6465156						
	Indicativo	Número	Departamento:	Norte Santander	54	Municipio:	Cucuta	001

ENTIDAD A LA QUE SE INFORMA(Pagador)	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	Código:	
--------------------------------------	----------------------------------	---------	--

DATOS DEL PACIENTE			
RAMIREZ	GAMBOA	JOEL	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación:

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1127060324
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		04/01/1992

Dirección de Residencia Habitual	Cucuta	Teléfono:	4343445
Departamento:	54	Municipio:	001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		Código:	
------------------------------	--	---------	--

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE			
Galvis	Ardilla	Julian	Ramiro
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación:

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1090454556
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		

Dirección de Residencia Habitual		Teléfono:	
Departamento:		Municipio:	

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE			
Nombre:		Teléfono:	
		Indicativo	Número

Servicio que solicita la referencia:			
10001	Teléfono Celular:		
10002			



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

Número de Informe:

373

Fecha:

05/09/2016

Hora:

Servicio para el cual solicita la
referencia:

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar, el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

**FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE
REMITE**