

FECHA DILIGENCIAMIENTO DIA   MES   AÑO

**I. DATOS DEL USUARIO**

Nombres y Apellidos <input type="text"/>		Edad <input type="text"/>
Tipo identificación	C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ASI <input type="checkbox"/> MSI <input type="checkbox"/>	No. Documento <input type="text"/>
Dirección <input type="text"/>	Tel. Fijo <input type="text"/>	Tel. Cel. <input type="text"/>
<input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>	Departamento <input type="text"/>

**II. DIAGNÓSTICO**

Dx PRINCIPAL <input type="text"/>	Código C.I.E. 10 <input type="text"/>
Dx SECUNDARIO <input type="text"/>	<input type="text"/>

**III. SI EL SERVICIO MEDICO Y/O PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD ES UNICO PERO DEBE SER REPETIDO, DETERMINAR:**

<b>OBJETIVO DEL SERVICIO SOLICITADO</b>	<b>IDENTIFICAR MOTIVO: Porque se requiere nueva evaluación</b>
<input type="checkbox"/> Promoción <input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Dx	<input type="checkbox"/> Complicación <input type="checkbox"/> Recurrencia de la afección
<input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Rehabilitación	<input type="checkbox"/> Presunta mala praxis

**IV. MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACION DE SALUD NO INCLUIDA EN EL P.O.S. SOLICITADO**

Nombre Medicamento (genérico) / Servicio	Forma de Presentación y/o Concentración	Dosis y/o Frecuencia de Uso	No. Días Tratamiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**GRUPO TERAPÉUTICO:**

**V. MEDICAMENTOS / SERVICIO MEDICO / PRESTACIÓN DE SALUD DE IGUAL GRUPO TERAPEUTICO QUE SE REEMPLAZA O SUSTITUYE Y QUE SE ENCUENTRA EN EL POS**

Nombre Medicamento (genérico) / Servicio	Forma de Presentación y/o Concentración	Dosis y/o Frecuencia de Uso	Equivalente del Medicamento y/o Servicio solicitado	No. Días Tratamiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**VI. NOMBRE OTRAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO PARA ESTE CASO (POS O NO POS)**

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**VII. EXISTE RIESGO INMINENTE?**

SI  NO  Cuál?

**VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

<input type="text"/>
----------------------

**X. DOCUMENTOS A ANEXAR (Espacio EPS)**

Resumen completo de Atención, Historia Clínica y/o Epicrisis con máximo 20 días de vigencia (Fotocopia)

Copia de la Orden del Procedimiento, Suministro y/o Fórmula Médica actualizada con la regulación establecida en el Decreto 2200 de 2005

Tener en cuenta que las fechas de expedición de estos documentos deben coincidir.

Nota: El no cumplir con estos requisitos, ni diligenciar en su totalidad el formulario tendrá como consecuencia el no trámite de la solicitud, hasta cumplirlos. La entrega de estos suministros y/o procedimientos está sujeta a la aprobación del Comité Técnico-Científico de acuerdo a la normatividad vigente expedida por el Ministerio de la Protección Social.

Nombre de quien radica <input type="text"/>	Firma y Sello <input type="text"/>
---	------------------------------------

**XI. PROFESIONAL DE LA SALUD**

MÉDICO  ODONTÓLOGO

Reg. Med.

Nombres y Apellidos

Especialidad

Firma

continúa al respaldo

ESPACIO PARA FECHA Y SELLO DE RADICACIÓN

No. documento

Regional

PAI

Funcionario

Nombre:

Fecha respuesta  Hora

PAI: Sede principal, Caf Av 68, Fiesta Suba, Hospital San Ignacio, Tunja, Zipaquira, Fusagasuga, Girardot, Facatativa.

Para la entrega de su respuesta, por favor acerquese a los puntos de atención relacionados con este desprendible y la fórmula médica original que presentó para el análisis ante el comité.

OBSERVACIONES


**FECHA DILIGENCIAMIENTO**  
Registre día, mes y año de diligenciamiento.

**I. DATOS DEL USUARIO**  
Nombres y Apellidos, del usuario  
Tipo identificación  
C.C. Cédula de Ciudadanía  
C.E. Cédula Extranjería  
T.I. Tarjeta de Identidad  
R.C. Registro Civil  
PA Pasaporte  
ASI Adulto Sin Identificación  
MSI Menor Sin Identificación  
No. Documento, diligencie número de documento del usuario.  
Dirección, escriba dirección de residencia del usuario.  
Tel. Fijo del usuario  
Tel. Celular del usuario  
Ciudad o Municipio - Departamento de residencia del usuario.

**II. DIAGNÓSTICO**  
El profesional de la salud tratante relaciona el diagnóstico principal en el Código C.I.E. 10 respectivo.  
El profesional de la salud tratante relaciona el diagnóstico secundario con el Código C.I.E. 10 que corresponda.

**III. SI EL SERVICIO MEDICO Y/O PRESTACIÓN DEL SERVICIO ES UNICO PERO DEBE SER REPETIDO, TERMINAR:**  
**OBJETIVO DEL SERVICIO SOLICITADO:** El profesional del salud marca con X según corresponda y selecciona para que lo solicite:  
Promoción  
Prevención  
Tratamiento  
Rehabilitación  
Diagnóstico

**IDENTIFICAR MOTIVO:** El profesional del salud marca con X la opción según corresponda la razón por la que se requiere nueva evaluación:  
Nueva evaluación  
Complicación  
Recurrencia de la afección  
Presunta mala praxis

**IV. MEDICAMENTO / SERVICIO MEDICO / PRESTACIÓN DE SALUD NO INCLUIDA EN EL P.O.S. SOLICITADO.**  
Nombre Medicamento: en denominación común debe coincidir con el prescrito en la fórmula médica o Internacional Nombre genérico. Si corresponde a Servicio, escribir el nombre.

Forma de Presentación y/o Concentración.  
Dosis y/o Frecuencia de Uso.  
No. Días Tratamiento.

**GRUPO TERAPÉUTICO.** En caso de tratarse de un medicamento escribir a que grupo pertenece.

**V. MEDICAMENTOS / SERVICIO MEDICO / PRESTACIÓN DE SALUD DE IGUAL GRUPO TERAPEUTICO QUE SE REEMPLAZA O SUSTITUYE Y QUE SE ENCUENTRA EN EL POS.**  
El profesional de la salud SIEMPRE DEBE DETERMINAR ALGUNO. El Fosyga no acepta que escriba, "no existe o "no hay".  
Nombre medicamento o Servicio que sustituye .  
Forma de Presentación y/o Concentración.  
Dosis y/o Frecuencia de Uso.  
Equivalente del Medicamento y/o Servicio solicitado.  
No. Días Tratamiento.

**VI. NOMBRE OTRAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO PARA ESTE CASO (POS O NO POS)**  
El profesional de la salud debe relacionar las alternativas posibles.

**VII. RIESGO INMINENTE**  
Profesional de la salud, marca si existe o no riesgo inminente para la vida y la salud del paciente y describe cual es el riesgo.

**VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**  
El profesional de la salud relaciona referencias bibliográficas, de acuerdo al servicio o medicamento que está solicitando.

**IX. OBSERVACIONES**  
El profesional de la salud escribe las observaciones pertinentes al caso solicitado.

**X. DOCUMENTOS A ANEXAR (Espacio EPS)**  
Espacio que diligencia el funcionario de EPS Famisanar con el fin de listar los documentos que se adjuntan a la solicitud.

**XI. PROFESIONAL DE LA SALUD**  
Datos correspondientes al profesional de la salud que realiza la solicitud del medicamento o servicio y debe diligenciar en su totalidad.

**DESPRENDIBLE**  
Se debe diligenciar en su totalidad y entregar al usuario que realiza la solicitud.