

	ATENCION EN SALUD	Código: F-AS-PS04-08
	TUTELAS	Fecha Aprobación: 11/01/13
		Versión: 02
		Página 1 de 1

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO

TERMINOS:
FECHA: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ C.C: _____
TELEFONO: _____ T.I: _____
TIPO VINCULACION SGSSS: EPS-S _____ NIUP: _____ EPS-C _____ SISBEN _____
RADICADO No: _____
JUZGADO: _____ TELEFONO: _____

2. UBICACIÓN DE SOLICITUDES DE SERVICIOS

URGENCIAS	ELECTIVAS
<ul style="list-style-type: none"> • Radicado Entrada N° _____ Fecha _____ Autorización N° _____ Fecha _____ Negación N° _____ Fecha _____ • Radicado Entrada N° _____ Fecha _____ Autorización N° _____ Fecha _____ Negación N° _____ Fecha _____ • Radicado Entrada N° _____ Fecha _____ Autorización N° _____ Fecha _____ Negación N° _____ Fecha _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Radicado Entrada N° _____ Fecha _____ Autorización N° _____ Fecha _____ Negación N° _____ Fecha _____ • Radicado Entrada N° _____ Fecha _____

Autorización N° _____ Fecha _____ Negación N° _____ Fecha _____	
<ul style="list-style-type: none"> • Radicado Entrada N° _____ Fecha _____ Autorización N° _____ Fecha _____ Negación N° _____ Fecha _____ 	
3. CONCEPTO DE AUDITORIA MEDICA	
DIAGNOSTICO: _____	
SERVICIO SOLICITADO: _____	

CONCEPTO Y/O PERTINENCIA:

FIRMA AUDITOR MEDICO

FECHA

