



## I .Datos Generales

Acta No:	Caso N°:	Ciudad	Fecha de diligenciamiento								Tipo			
			a	a	a	a	m	m	d	d	Amb <input type="checkbox"/> Hosp <input type="checkbox"/> Urg <input type="checkbox"/>			
Nombre del Afiliado			Edad		Tipo de Identificación								Otro _____	
					RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>								No: _____	
I.P.S. Asignada								Oficina			Tipo de Afiliado			
											Cot <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Médico Tratante:			Sexo		Historia Clínica								Fecha de Diagnóstico	
			F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		No: _____								a <input type="text"/> a <input type="text"/> a <input type="text"/> a <input type="text"/> m <input type="text"/> m <input type="text"/> d <input type="text"/> d <input type="text"/>	
Especialidad			IPS que presta el servicio											

## **II. Caso Clínico.**

Diagnóstico:	
Código CIE	
Descripción del caso clínico (Breve resumen de la historia clínica del paciente) :	
Tratamientos realizados (resumen de las prescripciones previas relacionadas con el caso clínico):	
Resultados de ayudas diagnósticas relevantes:	

### **III.Servicios Medicos y prestaciones de salud No Pos solicitado**

[illegible]

IV. Justificacion

Servicio 1

Justificacion de la solicitud:

Señale la evidencia cientifica en casos similares con Grado de recomendacion y Relacione soporte cientifico bibliografico

Casuistica del ordenador sobre el procedimiento , actividad o intervencion solicitado

Servicio 2

Justificacion de la solicitud:

Señale la evidencia cientifica en casos similares con Grado de recomendacion y Relacione soporte cientifico bibliografico

Casuistica del ordenador sobre el procedimiento , actividad o intervencion solicitado

Servicio 3

Justificacion de la solicitud:

Señale la evidencia cientifica en casos similares con Grado de recomendacion y Relacione soporte cientifico bibliografico

Casuistica del ordenador sobre el procedimiento , actividad o intervencion solicitado

V. Aspectos Relacionados con Farmaco y tecnovigilancia.

Señale las precauciones, contraindicaciones, efectos secundarios y toxicidad asociada con el empleo y abuso, del servicio NO POS solicitado.

Consentimiento Informado.

Se ha obtenido consentimiento Informado: Si\_\_\_ No\_\_\_\_\_

VI. Firmas

Nombre del médico tratante

Firma

Registro médico

A LA SOLICITUD FAVOR ANEXAR:

☐ COPIA DE DOCUMENTO IDENTIDAD

☐ COPIA FORMULA MEDICA U ORDEN MEDICA

☐ COPIA HISTORIA CLINICA ACTUALIZADA