

ANEXO TÉCNICO No. 3

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL		
SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD		
NUMERO DE SOLICITUD	Fecha: a a a a - m m - d d Hora: h h : m m	
INFORMACION DEL PRESTADOR (solicitante)		
Nombre <input type="text"/>		
NIT <input type="text"/> CC <input type="text"/> Número <input type="text"/> DV <input type="text"/>		
Código <input type="text"/>	Dirección prestador: <input type="text"/>	
Teléfono: <input type="text"/>	Departamento: <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/>	
ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR) <input type="text"/> CODIGO: <input type="text"/>		
DATOS DEL PACIENTE		
1er Apellido <input type="text"/>	2do Apellido <input type="text"/>	
1er Nombre <input type="text"/>	2do Nombre <input type="text"/>	
Tipo Documento de Identificación		
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería		
Número documento de identificación <input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento a a a a - m m - d d		
Dirección de Residencia Habitual: <input type="text"/>		
Departamento: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>	
Teléfono celular <input type="text"/>	Municipio: <input type="text"/>	
Correo electrónico <input type="text"/>		
Cobertura en salud		
<input type="checkbox"/> Regimen Contributivo	<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - parcial	
<input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - total	<input type="checkbox"/> Población Pobre no asegurada sin SISBEN	
	<input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada con SISBEN	
	<input type="checkbox"/> Desplazado	
	<input type="checkbox"/> Plan adicional de salud	
	<input type="checkbox"/> Otro	
INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS		
Origen de la atención		
<input type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de tránsito	
	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	
Tipo de servicios solicitados		
<input type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencias	<input type="checkbox"/> Prioritaria	
<input type="checkbox"/> Servicios electivos	<input type="checkbox"/> No prioritaria	
Prioridad de la atención		
Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:		
<input type="checkbox"/> Consulta Externa	<input type="checkbox"/> Hospitalización Servicio <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Urgencias	Cama <input type="text"/>	
Manejo integral según Guía de : <input type="text"/>		
Código CUPS	Cantidad	Descripción
1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Justificación Clínica:		
<input type="text"/>		
Impresión Diagnóstica:		
Codigo CIE10	Descripción	
Diagnóstico principal <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Diagnóstico relacionado 1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Diagnóstico relacionado 2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	
INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA		
Nombre de que solicita <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>	
	indicativo número extensión	
Cargo o actividad: <input type="text"/>	Teléfono celular: <input type="text"/>	

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

Instrucciones generales

Este formato tiene por objeto estandarizar la información que deben enviar los prestadores de servicios de salud a las entidades responsables del pago para solicitar autorización de servicios si en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización. El formato se utilizará en los siguientes casos:

- Quando el paciente al que le han prestado un servicio de atención inicial de urgencias, requiere la prestación de servicios adicionales.
- Para solicitar una autorización adicional cuando se requiera ampliar la autorización inicial, sea en urgencias o en hospitalización.
- Solicitud de servicios electivos.

El formato debe ser diligenciado por la persona que designe la IPS, pero en todo caso la información deberá ser tomada de la historia clínica. Debe ser enviado dentro de los términos definidos en los artículos 4° y 6° de la presente resolución. El envío del informe se realizará de acuerdo con las características definidas en el artículo 10 de la presente resolución.

Diligenciamiento

Número de solicitud	Corresponde a un número consecutivo que asigna el prestador y que se reinicia cada primero de enero.
Fecha y hora	Corresponde a la fecha y hora en la cual se diligencia el formato.

Información del prestador (Solicitante)

Nombre del prestador de servicios de salud	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente.
Número de identificación	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT adicione el dígito de verificación.
Código	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
Dirección prestador	Registre la dirección del prestador de servicios de salud conforme figura en la declaración de habilitación.
Teléfono	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.

Entidad a la que se le solicita autorización	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.
--	---

Datos del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del paciente, tal como figuran en la base de datos. Si el paciente sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una X la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Fecha de nacimiento	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique el paciente o acudiente, como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que el paciente o acudiente indique.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente, según la información que él o su acudiente suministre. En las dos casillas registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE..
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente, según la información que él o su acudiente suministre. En las tres casillas registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Teléfono	Registre el número del teléfono fijo o celular del paciente o acudiente. Este dato será especialmente útil en los casos de servicios electivos, pues a él le podrá informar la entidad responsable del pago, el nombre del prestador y la fecha en se le prestará el servicio.
Correo electrónico	Registre la dirección de correo electrónico a la cual el paciente o acudiente desea que le sea informada la respuesta de la autorización de servicios electivos. Si no tiene, registre "no tiene".
Cobertura en salud	Marque con una "X" la opción correspondiente, al tipo de cobertura en salud sobre la cual el usuario está solicitando servicios.

Información de la atención y servicios solicitados

Origen de la atención	Marque con una "X" la opción correspondiente al origen de la afección que motiva la solicitud del servicio. Es posible marcar simultáneamente las opciones accidente de trabajo y accidente de tránsito cuando el accidente de tránsito corresponda a un accidente de trabajo.
Tipo de servicios solicitados	Marque con una "X" la opción correspondiente, si el servicio requerido es posterior a la atención inicial de urgencias, o si se trata de un servicio electivo.
Prioridad de la autorización	De tratarse de un servicio electivo, indique si a juicio del profesional tratante, el servicio requerido es de carácter prioritario.
Ubicación de paciente al momento de la solicitud de autorización	Marque con una "X" la opción correspondiente. En caso de encontrarse hospitalizado, indique el nombre del servicio y el número de la cama.
Manejo integral según Guía	Cuando el servicio requerido por el paciente corresponda a una guía de atención concertada con la entidad responsable del pago, diligencie el nombre de la guía.
Servicios solicitados	En caso de que la autorización sea detallada, registre el o los códigos CUPS, la cantidad (si aplica), el o la descripción del servicio (s) solicitados

	(s). En los casos de servicios que requieran internación, la solicitud debe detallar los servicios principales que la justifican, tales como estancia, procedimientos quirúrgicos o ayudas diagnósticas o terapéuticas de mediana y alta complejidad.
Justificación clínica	Describa brevemente la justificación del servicio solicitado. De ser pertinentes registre los resultados paraclínicos que justifican la solicitud.
Impresión Diagnóstica	Registre el código CIE-10 y la descripción del diagnóstico tal como aparece en la CIE-10, tanto para el principal como para los diagnósticos relacionados que justifican los servicios solicitados.

Información de la persona que solicita

Persona que solicita	Registre el nombre y registro profesional del profesional que ordenó la práctica de los servicios solicitados en la historia clínica.
Teléfono	Registre el número telefónico del prestador de servicios de salud, al cual se le puede llamar en caso de requerir información adicional respetando los campos definidos para indicativo, número y extensión. Si se trata de un número de celular institucional, regístrelo en las casillas correspondientes.