CAFAM

SOLICITUD SERVICIOS
IPS

10-01-23
DÍA MES AÑO

DATOS DEL PACIENTE

DEPENDENCIA

Guillermo Rodríguez
NOMBRE(S) COMPLETO(S)

CAMA

☐ T.I ☒ C.C ☐ C.E

17080133
No. DEL DOCUMENTO

EDAD

SEXO M F

NOMBRE DE LA EMPRESA COTIZANTE

NOMBRE DE LA EPS

DATOS DE ATENCIÓN

LUGAR DE ATENCIÓN: ☒ CONSULTA EXTERNA ☐ URGENCIAS ☐ HOSPITALIZACIÓN

NOMBRE DEL PROFESIONAL SOLICITANTE

CÓDIGO

SERVICIO SOLICITADO

Se solicita Oxigeno x canula nasal a 2lt (Dos) por minuto.
+ Subsidio de Transporte terrestre
+ Subsidio de respaldo.

DATOS DE REMISIÓN

Formula por crónico.

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
ENF. ANA FONSECA ORTIZ
C.C. 40796253

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO