



Empresas Públicas de Medellín E.S.P



EAS016

Formato de Negación de Servicios de Salud y/o Medicamentos

No

FECHA DE SOLICITUD: []

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: []

I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO:

NOMBRES Y APELLIDOS AFILIADO:		TIPO Y NUMERO IDENTIFICACION:	
NUMERO REGISTRO:	TELEFONO:	ESTADO:	
TIPO DE PLAN:	MUNICIPIO:	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
NUMERO SEMANAS COTIZADAS AL SGSS:			

II. CLASE DE SERVICIO NO AUTORIZADO Y RECOMENDACIONES AL USUARIO

SERVICIO NO AUTORIZADO:	PROCEDIMIENTO:
DESCRIPCION:	
JUSTIFICACION:	
FUNDAMENTO LEGAL:	

ALTERNATIVAS PARA QUE EL USUARIO ACCEDA AL SERVICIO DE SALUD O MEDICAMENTO SOLICITADO Y HAGA VALER SUS DERECHOS LEGALES Y CONSTITUCIONALES:

- 1
- 2
- 3
- 4

Nombre, Cargo y Firma del Funcionario que niega el servicio

Firma del usuario o de quien recibe

Si esta en desacuerdo con la decision adoptada, acuda a la oficina de Atencion al Usuario de la Entidad. Si su queja no es resuelta, eleve consulta ante la Superintendencia Nacional de Salud anexando copia de este formato debidamente diligenciado, a la carrera 13 N° 32 - 76 PBX 3300210