|  |
| --- |
| **Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 1. **Datos de la Víctima Directa**
 |
| **Primer Nombre** | **Segundo Nombre** | **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Sexo** | **Tipo de Documento** | **Numero de Documento** |
| **H** | **M** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Numero de Radicado ante la Unidad de Victimas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **Datos de la persona que solicita el servicio de salud**
 |
| **Primer Nombre** | **Segundo Nombre** | **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Sexo** | **Tipo de Documento** | **Numero de Documento** |
| **H** | **M** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Estado civil** | **Fecha de Nacimiento** | **Edad** | **Etnia** | **Parentesco con la victima directa** |
|  |  |  | **Afrocolombiano** |  | **Negro** |  | **Palenquero** |  |  |
| **Raizal** |  | **Rrom** |  | **Indigena** |  |
| **Discapacidad** | Cual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Recibió algún tratamiento medico** | Cual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| SI |  | NO |  | SI |  | NO |  |
| 1. **Datos de Contacto**
 |
| **Municipio/Corregimiento/Vereda de residencia**  | **Dirección** | **Teléfono** | **Celular** | **E - Mail** |
|  |  |  |  |  |
| 1. **Afiliación a Salud**
 |
| **Afiliado / a** | **Nombre EPS** | **Régimen** |
| SI |  | NO |  |  | Subsidiado |  | Contributivo |  | De excepción |  |
| 1. **Tipo de atención Requerida (marcar la opción con una X)**
 |
| **Atención Psicosocial a Nivel**  | **Atención en Salud Integral** |
| Individual  |  | Familiar  |  | Comunitaria  |  | Física  |  | Mental  |  |
| 1. **Identificación de Barreras de Acceso (marcar la**
 | 1. **Motivo de la Remisión (Describa brevemente las razones)**
 |
|  **opción con una X)** | SI | NO |  |
| Demora en la asignación de citas |  |  |
| Dificultad en el desplazamiento para el acceso a servicios de salud (no entrega subsidio de transporte)  |  |  |
| Demora en la autorización de servicios de salud  |  |  |
| No entrega de medicamentos |  |  |
|  En el sitio de residencia  |  |  |
|  Entrega incompleta  |  |  |
| Problemas de afiliación por: |  |  |
|  Encuesta Sisbén |  |  |
|  Multiafiliación (Varias afiliaciones)  |  |  |
|  Demora en el reporte de novedades |  |  |
| 1. **Datos del funcionario que realiza la remisión:**
 |
| Nombre | Cargo | Entidad |
|  |  |  |

**ANEXOS**

**ANEXO 1: CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Versión** | **Ítem del cambio** | **Cambio realizado** | **Motivo del cambio** | **Fecha del cambio** |
|  |  |  |  |  |