

Formato II. Solicitud de requerimiento urgente

(2) Membrete	
Nombre del Establecimiento de Salud	
Departamento o Área	
(3) Fecha	
(4) Número de oficio	
(5) Destinatario	
Nombre completo	
Cargo	Subdirector de Atención al Asegurado

Presente

Me dirijo a usted para solicitar su intervención ante la solicitud de requerimiento urgente realizado para el siguiente beneficiario:

(6) Datos del afiliado	
Nombre completo	
Edad	
Sexo	
Número de expediente clínico	
Folio de póliza de afiliación	
Diagnóstico(s)	
Requerimiento(s)	
Cartera de servicios del requerimiento	

Sin otro particular, quedo de usted para cualquier duda o aclaración.

Atentamente

(7) Remitente	
Firma	
Nombre completo	
Cargo	Gestor del Seguro Popular

Formato II. Solicitud de requerimiento urgente

Indicaciones:

Dadas las características del presente formato, debe ser llenado integralmente y enviar el documento escaneado o en formato PDF vía correo electrónico a la Subdirección de Atención al Asegurado a efecto de efectuar el trámite correspondiente. Asimismo podrá anexarse documentación complementaria (Póliza de afiliación, resumen clínico, confirmación diagnóstica, etcétera.)

Instructivo de llenado:

1. Inserte la frase oficial conmemorativa de la entidad federativa. (pendiente)
2. Escriba el nombre del establecimiento de salud y el departamento o área.
3. Coloque el lugar de emisión, día, mes y año.
4. El número de oficio, nota o memorándum consecutivo de acuerdo a la bitácora será asignado por la Subdirección de Atención al Asegurado.
5. Indique el nombre de la Subdirectora de Atención al Asegurado a quien se dirige la solicitud.
6. Detalle los datos del afiliado requeridos:
 - Nombre completo:* Como se encuentra en su póliza de afiliación.
 - Edad:* Indicar la edad en años y para los menores de un año de edad indicar los meses o días de acuerdo al caso.
 - Sexo:* Indicar hombre o mujer.
 - Número de Expediente Clínico:* Colocar el número del expediente clínico del paciente y en caso de ser atendido en el servicio de urgencias, colocar el folio de atención.
 - Folio de Póliza de afiliación:* Colocar el número de folio de la póliza de afiliación del paciente (10 dígitos) incluyendo el dígito identificador de integrante (uno o dos dígitos), el cual se encuentra inmediatamente después del guion.
 - Diagnóstico(s):* Colocar el o los diagnósticos que emite el médico tratante, de acuerdo a la cobertura del Sistema de Protección Social en Salud.
 - Requerimiento(s):* Describa y en caso de requerir insumos o medicamentos indique el nombre, la clave del cuadro básico de insumos y medicamentos, así como las características específicas del insumo en cuestión.
 - Cartera de Servicios del Requerimiento:* Colocar la cartera de servicios a la que corresponde el diagnóstico (preferentemente incluya el número de intervención y clave CIE-10 y/o CIE-9 MC dependiendo de la Cartera de Servicios asociada).
7. Anote el nombre, cargo de la persona que formula la solicitud y firme.
8. Eliminar los paréntesis con los números del instructivo cuando se realice la solicitud de requerimientos.