



## MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ANEXO TÉCNICO No. 3

## SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

0 0 0 0 1 2 8 2 9 3 Fecha: 1 6 - 0 2 - 2 0 2 6

Hora: 0 7 : 4 0

## INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)

Número DV

Nombre OROSALUD CAUCASIA IPS S.A.S NIT  CC 9 0 0 2 9 3 9 0 3

Código 0 5 1 5 4 1 1 1 3 2 0 2 Dirección prestador Calle 12 cra 10 - 02 Barrio pueblo

Teléfono 3 1 9 8 5 7 3 5 8 4 Departamento ANTIOQUIA 0 5 Municipio CAUCASIA 1 5 4

## ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)

COOSALUD EPS S.A.

Código E S S 0 2 4

## DATOS DEL PACIENTE

SIERRA URREGO WALTER DAVID

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

## Tipo de Documento de identificación

## Número de 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 checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía | <input type="checkbox"/> Menor sin identificación  |
| <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería           |  |

1 0 3 8 0 9 2 5 8 8

## Fecha de Nacimiento

1 9 8 6 0 2 0 4

Dirección de Residencia Habitual: asovivienda Teléfono

Departamento ANTIOQUIA 0 5 Municipio CAUCASIA 1 5 4

Teléfono Celular Correo electrónico

## Cobertura en Salud

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Regimen Contributivo | <input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - parcial            | <input type="checkbox"/> Población Pobre no asegurada sin SISBEN | <input type="checkbox"/> Plan adicional de salud |
| <input type="checkbox"/> Regimen Subsidiado - total      | <input type="checkbox"/> Población pobre No asegurada con SISBEN | <input type="checkbox"/> Desplazado                              | <input type="checkbox"/> Otro                    |

## INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

## Origen de la atención

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General | <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional        | <input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito |

## Tipo de servicios solicitados

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evento Catastrófico | <input type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencias |
| <input type="checkbox"/> Servicios electivos |   |

## Prioridad de la atención

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Prioritaria    |
| <input type="checkbox"/> No prioritaria |

## Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa | <input type="checkbox"/> Hospitalización |
| <input type="checkbox"/> Urgencias                   |  |

Servicio

Cama

## Manejo integral según guía de:

Código	Cantidad	Descripción	Número de caso
CUPS			

1 890266 1 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICI

## Justificación Clínica:

SOLICITO LA AUTORIZACION DE VALORACION PRIORITARIA POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

## Impresión Diagnóstica:

## Código CIE10

## Descripción

Diagnóstico principal R 0 7 4 DOLOR EN EL PECHO NO ESPECIFICADO

Diagnóstico relacionado 1 E 7 8 2 HIPERLIPIDEMIA MIXTA

Diagnóstico relacionado 2

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita: PADILLA QUIÑONEZ ANGEL JAVIER

Teléfono

Indicativo

Número

Extensión

R.M.: R.M: 1067925715

Cargo o actividad: MEDICINA GENERAL Teléfono celular: 3 0 0 4 6 3 1 9 9 9