



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 8 2 6

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

Hora: 0 8 : 3 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

NAVARRO NORIEGA JULIO CESAR

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 5 3 7 1 0 0 7

Fecha de Nacimiento

1 9 8 4 0 6 2 9

Dirección de Residencia Habitual:

BEL PALMAR

Teléfono

3 1 2 7 1 2 9 9 6 7

Departamento ANTIOQUIA 0 5 Municipio CAUCASIA 1 5 4

Teléfono Celular 3 1 2 7 1 2 9 9 6 7 - 3 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 type="checkbox"/> Enfermedad General | <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo | <input type="checkbox"/> Evento Catastrófico | <input type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencias |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional | <input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito | <input type="checkbox"/> Servicios electivos | <input type="checkbox"/> Prioritaria |

- | |
|---|
| <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 890206 | 1 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA | |

Justificación Clínica:

SOLICITO VALORACION POR MEDICINA INTERNA, NUTRICION Y PSICOLOGIA PRIORITARIAS.

Impresión Diagnóstica:

| | Código CIE10 | Descripción |
|---------------------------|--------------|--|
| Diagnóstico principal | E 1 1 9 | DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE |
| 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 |
|--------------------|------------------|-------------------|---------------------|