



## 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 6 0 1 3 Fecha: 0 3 - 0 2 - 2 0 2 6

Hora: 0 9 : 5 6

## 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

RAMOS GONZALEZ AURA ROCIO

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           |  |

3 9 2 8 6 1 8 0

Fecha de Nacimiento

1 9 8 2 0 9 2 6

Dirección de Residencia Habitual:

FINCA BUENOS AIRES

Teléfono

3 1 0 6 6 1 8 3 8 7

Departamento

ANTIOQUIA

0 5

Municipio

CAUCASIA

1 5 4

Teléfono Celular

3 1 0 6 6 1 8 3 8 7

Correo electrónico

## Cobertura en Salud

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input 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 checked="" 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"/> 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 906916	1	SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O	

## Justificación Clínica:

CONTROL HIPERTENSO Y DIABETE MELLITUS TIPO II

## Impresión Diagnóstica:

	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico principal	I 1 0 X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Diagnóstico relacionado 1	E 1 4 9	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN M
Diagnóstico relacionado 2		

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita: TORRES LEON TATIANA

Teléfono 3 0 1 5 9 5 7 5 3 4

Indicativo

Número

Extensión

R.M.: R.M: 13891605

Cargo o actividad: MEDICINA GENERAL Teléfono celular: 3 0 1 5 9 5 7 5 3 4