



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

0 0 0 0 1 2 7 5 8 0

Fecha:

1 1 - 0 2 - 2 0 2 6

Hora:

1 1 : 1 5

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre	OROSALUD CAUCASIA IPS S.A.S	<input checked="" type="checkbox"/> NIT	<input type="checkbox"/> CC	9 0 0 2 9 3 9 0 3	DV		
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

HERNANDEZ	CONTRERA	CARMEN	UBITER
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo de Documento de identificación

- ☐ Registro civil
☐ Tarjeta de identidad
☒ Cédula de ciudadanía
☐ Cédula de extranjería
- ☐ Pasaporte
☐ Adulto sin identificación
☐ Menor sin identificación

Número de documento de identificación

3 9 2 7 3 8 3 0

Fecha de Nacimiento

1 9 7 0 _ 1 2 _ 1 3

Dirección de Residencia Habitual:	BEL PRADO CLL 3C No 1D 15	Teléfono	3 1 1 3 3 5 4 2 7 5
Departamento	ANTIOQUIA 0 5	Municipio	CAUCASIA 1 5 4
Teléfono Celular	3 1 1 3 3 5 4 2 7 5	Correo electrónico	

Cobertura en Salud

- ☐ Regimen Contributivo
☒ Regimen Subsidiado - total
- ☐ Regimen Subsidiado - parcial
☐ Población pobre No asegurada con SISBEN
- ☐ Población Pobre no asegurada sin SISBEN
☐ Desplazado
- ☐ Plan adicional de salud
☐ Otro

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención	Tipo de servicios solicitados	Prioridad de la atención
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico <input type="checkbox"/> Servicios electivos	<input type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencias <input type="checkbox"/> Prioritaria <input type="checkbox"/> No prioritaria
<input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito		

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

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

Manejo integral según guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción	Número de caso
1 895101	1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	17501845

Justificación Clínica:

Impresión Diagnóstica:

Diagnóstico principal	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico relacionado 1	G 4 3 9	MIGRAÑA NO ESPECIFICADA
Diagnóstico relacionado 2	M 5 4 2	CERVICALGIA

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
--------------------	------------------	-------------------	---------------------