



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 2 4 6 5 Fecha: 1 3 - 0 1 - 2 0 2 6

Hora: 0 9 : 2 8

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre	OROSALUD CAUCASIA IPS S.A.S	<input checked="" type="checkbox"/> NIT	<input type="checkbox"/> CC	Número 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

BALDELAMAR	QUINTO	KEVIN	ALBERTO
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo 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 | |

Número de documento de identificación

1 1 4 3 1 3 5 1 4 7

Fecha de Nacimiento

1 9 9 2 0 3 1 1

Dirección de Residencia Habitual: ASOVIVIENDA	Teléfono 3 1 4 7 3 0 7 9 6 9		
Departamento ANTIOQUIA	0 5	Municipio CAUCASIA	1 5 4
Teléfono Celular 3 1 4 7 3 0 7 9 6 9 - 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	Tipo de servicios solicitados	Prioridad de la atención
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General	<input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo	<input type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencias
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito	<input type="checkbox"/> Prioritaria
	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico	<input type="checkbox"/> No prioritaria
	<input type="checkbox"/> Servicios electivos	

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

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

Manejo integral según guía de:

Código	Cantidad	Descripción	Número de caso
CUPS			
1 881301	1	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TEJIDOS BLANDOS DE	AUTH123

Justificación Clínica:

"TENGO MUCHO DOLOR EN EL OIDO Y ME DUELE EL ABDOMEN"

Impresión Diagnóstica:	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico principal	H 9 2 0	OTALGIA
Diagnóstico relacionado 1	R 1 0 2	DOLOR PELVICO Y PERINEAL
Diagnóstico relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita: BARRIOS VERBEL JUAN JOSE	Teléfono 3 1 0 4 4 3 0 7 1 2	
Indicativo	Número	Extensión

R.M: R.M: 1045138338

Cargo o actividad: MEDICINA GENERAL	Teléfono celular: 3 1 0 4 4 3 0 7 1 2
--	--