



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	9 0 0 2 9 3 9 0 3	<input type="checkbox"/>
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

- | | |
|--|--|
| <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	Servicio		Cama	
<input type="checkbox"/> Urgencias					

Manejo integral según guía de:

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

Justificación Clínica:

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

Impresión Diagnóstica:

Diagnóstico principal	Código CIE10	Descripción	
	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
--------------------	------------------	-------------------	---------------------