



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

Hora: 0 8 : 3 1

## 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"/> 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 CUPS | Cantidad | Descripción  | Número de caso |
|-------------|----------|--|----------------|
| 1 871121    | 1        | RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUB |                |

## Justificación Clínica:

CONTROL DIABETES

## 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 |
|--------------------|------------------|-------------------|---------------------|