



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

0 0 0 0 1 2 9 0 0 2 Fecha: 1 9 - 0 2 - 2 0 2 6

Hora: 0 7 : 1 4

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

MORALES	SALGADO	CARMEN	
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo de Documento de identificación

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

Número de documento de identificación

3 9 2 6 9 5 1 9

Fecha de Nacimiento

1 9 6 2 _ 1 0 _ 2 2

Dirección de Residencia Habitual:	CALLE 34 No 21 34	Teléfono	3 1 0 5 3 7 4 9 1 5
Departamento	ANTIOQUIA 0 5	Municipio	CAUCASIA 1 5 4
Teléfono Celular	3 1 0 5 3 7 4 9 1 5 -	Correo electrónico	

Cobertura en Salud

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

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención	Tipo de servicios solicitados	Prioridad de la atención
<input type="checkbox"/> Enfermedad General <input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico <input type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencias	<input type="checkbox"/> Prioritaria
<input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito	<input type="checkbox"/> Servicios electivos	<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 890266	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICI	

Justificación Clínica:

CONTROL HIPERTENSO

Impresión Diagnóstica:

	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico principal	I 1 0 X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Diagnóstico relacionado 1	R 0 0 0	TAQUICARDIA NO ESPECIFICADA
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	
R.M:	R.M: 13891605	Extensión	

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