



## SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

0 0 0 0 1 2 6 0 1 3

Fecha:

0 3 - 0 2 - 2 0 2 6

Hora:

0 9 : 5 6

## INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre

OROSALUD CAUCASIA IPS S.A.S

☒ NIT☐ 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

RAMOS

1er Apellido

GONZALEZ

2do Apellido

AURA

1er Nombre

ROCIO

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 8 6 1 8 0

Fecha de Nacimiento

1 9 8 2 \_ 0 9 \_ 2 6

Dirección de Residencia Habitual:

FINCA BUENOS AIRES

Teléfono

3 1 0 6 6 1 8 3 8 7

Departamento

ANTIOQUIA

0 5

Municipio

CAUCASIA

1 5 4

Teléfono Celular

3 1 0 6 6 1 8 3 8 7

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

☐ Enfermedad General☐ Accidente de Trabajo☐ Enfermedad Profesional☐ Accidente de Tránsito

## Tipo de servicios solicitados

☐ Evento Catastrófico☐ Servicios electivos☐ Posterior a la atención inicial de urgencias

## Prioridad de la atención

☐ Prioritaria☐ No prioritaria

## Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización:

☒ Consulta Externa☐ Hospitalización

Servicio

Cama

☐ Urgencias

## Manejo integral según guía de:

Código  
CUPS

Cantidad

Descripción

Número de caso

1 906916

1

SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O

## Justificación Clínica:

CONTROL HIPERTENSO Y DIABETE MELLITUS TIPO II

## Impresión Diagnóstica:

Diagnóstico principal

Código CIE10

I 1 0 X

Descripción

HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

Diagnóstico relacionado 1

E 1 4 9

DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA SIN M

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

Extensión

R.M: R.M: 13891605

Cargo o actividad:

MEDICINA GENERAL

Teléfono celular:

3 0 1 5 9 5 7 5 3 4