



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

0 0 0 0 1 2 8 2 9 3

Fecha:

1 6 - 0 2 - 2 0 2 6

Hora:

0 7 : 4 0

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre

OROSALUD CAUCASIA IPS S.A.S

☒ NIT☐ CC

9 0 0 2 9 3 9 0 3

Número

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

SIERRA

1er Apellido

URREGO

2do Apellido

WALTER

1er Nombre

DAVID

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

1 0 3 8 0 9 2 5 8 8

Fecha de Nacimiento

1 9 8 6 _ 0 2 _ 0 4

Dirección de Residencia Habitual:

asovivienda

Teléfono

Departamento

ANTIOQUIA

0 5

Municipio

CAUCASIA

1 5 4

Teléfono Celular

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 890266	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICI	

Justificación Clínica:

SOLICITO LA AUTORIZACION DE VALORACION PRIORITARIA POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

Impresión Diagnóstica:

Diagnóstico principal	Código CIE10	Descripción
	R 0 7 4	DOLOR EN EL PECHO NO ESPECIFICADO
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