



## SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

0 0 0 0 1 2 7 5 8 0

Fecha:

1 1 - 0 2 - 2 0 2 6

Hora:

1 1 : 1 5

## 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	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

HERNANDEZ	CONTRERA	CARMEN	UBITER
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

## Tipo de Documento de identificación

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

## Número de documento de identificación

3 9 2 7 3 8 3 0

## Fecha de Nacimiento

1 9 7 0 \_ 1 2 \_ 1 3

Dirección de Residencia Habitual:	BEL PRADO CLL 3C No 1D 15	Teléfono	3 1 1 3 3 5 4 2 7 5
Departamento	ANTIOQUIA 0 5	Municipio	CAUCASIA 1 5 4
Teléfono Celular	3 1 1 3 3 5 4 2 7 5	Correo electrónico	

## Cobertura en Salud

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

## INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la atención	Tipo de servicios solicitados	Prioridad de la atención
<input checked="" type="checkbox"/> Enfermedad General <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional	<input type="checkbox"/> Evento Catastrófico <input type="checkbox"/> Servicios electivos	<input type="checkbox"/> Posterior a la atención inicial de urgencias <input type="checkbox"/> Prioritaria <input type="checkbox"/> No prioritaria
<input type="checkbox"/> Accidente de Trabajo <input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito		

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

<input checked="" type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Urgencias	<input type="checkbox"/> Hospitalización	Servicio		Cama	
--------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	----------	--	------	--

## Manejo integral según guía de:

Código CUPS	Cantidad	Descripción	Número de caso
1 895101	1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	17501845

## Justificación Clínica:

## Impresión Diagnóstica:

Diagnóstico principal	Código CIE10	Descripción
Diagnóstico relacionado 1	G 4 3 9	MIGRAÑA NO ESPECIFICADA
Diagnóstico relacionado 2	M 5 4 2	CERVICALGIA

## 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
--------------------	------------------	-------------------	---------------------