



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 7 5 8 0 Fecha: 1 1 - 0 2 - 2 0 2 6

Hora: 1 1 : 1 5

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

HERNANDEZ CONTRERA CARMEN UBITER

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 | |

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

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input 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 checked="" 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 checked="" 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	Cantidad	Descripción	Número de caso
CUPS			
1 895101	1	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	

Justificación Clínica:

Impresión Diagnóstica:

Código CIE10

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

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