



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

122465

Fecha:

2026-01-13

Hora:

09:28

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre

OROSALUD CAUCASIA IPS S.A.S

☒ NIT

☐ CC

900293903-7

Número

DV

Código

051541113203

Dirección prestador

Calle 12 cra 10 - 02,Barrio pueblo

Teléfono

3105373596

Departamento

ANTIOQUIA

05

Municipio

CAUCASIA

154

ENTIDAD A LA QUE SE LE SOLICITA (PAGADOR)

COOSALUD EPS S.A

Codigo

ESS024

DATOS DEL PACIENTE

BALDELAMAR

QUINTO

KEVIN

ALBERTO

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo de Documento de identificación

☐ Registro civil

☐ Pasaporte

1143135147

☐ Tarjeta de identidad

☐ Adulto sin identificación

Número de documento de identificación

☒ Cédula de ciudadanía

☐ Menor sin identificación

☐ Cédula de extrangería

Fecha de Nacimiento

1992-03-11

Dirección de Residencia Habitual:

ASOVIVIENDA

Teléfono

3147307969

Departamento

ANTIOQUIA

05

Municipio

CAUCASIA

154

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

☐ Evento Catastrófico

Tipo de servicios solicitados

☐ Posterior a la atención inicial de urgencias

Prioridad de la atención

☐ Prioritaria

☐ Enfermedad Profesional

☐ Accidente de Tránsito

☐ Servicios electivos

☐ 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
1 881301	1	ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS

Justificación Clínica:
"TENGO MUCHO DOLOR EN EL OIDO Y ME DUELE EL ABDOMEN"

Impresión Diagnóstica:	Codigo CIE10	Descripción
Diagnóstico principal	H920	OTALGIA
Diagnóstico relacionado 1	R102	DOLOR PELVICO Y PERINEAL
Diagnóstico relacionado 2		

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita:

BARRIOS VERBEL JUAN JOSE

Teléfono

3104430712

Indicativo

Número

Extensión

R.M: 1045138338

Cargo o actividad:

MEDICINA GENERAL

Teléfono celular:

3104430712