



## SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 1 2 2 4 6 5 | | | | | | | | Fecha: 2 0 2 6 - 0 1 - 1 3 Hora: 0 9 : 2 8

## INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre OROSALUD CAUCASIA IPS S.A.S  NIT  CC 9 0 0 2 9 3 9 0 3 - 7

Código 0 5 1 5 4 1 1 1 3 2 0 3 Dirección prestador Calle 12 cra 10 - 02, Barrio pueblo

Teléfono 3 1 0 5 3 7 3 5 9 6 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

BALDELAMAR QUINTO KEVIN ALBERTO

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

## Tipo de Documento de identificación

 Registro civil  Pasaporte

1 1 4 3 1 3 5 1 4 7 | | | | | | | |

 Tarjeta de identidad  Adulto sin identificación

Número de documento de identificación

 Cédula de ciudadanía  Menor sin identificación Cédula de extrangería

Fecha de Nacimiento

1 9 9 2 - 0 3 - 1 1

Dirección de Residencia Habitual: ASOVIVIENDA

Teléfono 3 1 4 7 3 0 7 9 6 9

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 Evento Catastrófico

## Tipo de servicios solicitados

## Prioridad de la atención

 Enfermedad Profesional Accidente de Tránsito Posterior a la atención inicial de urgencias Prioritaria Servicios electivos No prioritaria

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

 Consulta Externa Hospitalización

Servicio

Cama

| | | | | |

 Urgencias

## Manejo integral según guía de:

Código Cantidad Descripción  
CUPS

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:

Código CIE10

Descripción

Diagnóstico principal

H 9 2 0

OTALGIA

Diagnóstico relacionado 1

R 1 0 2

DOLOR PELVICO Y PERINEAL

Diagnóstico relacionado 2

| | |

## INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita: BARRIOS VERBEL JUAN JOSE

Teléfono 3 1 0 4 4 3 0 7 1 2 | | | | | |

Indicativo

Número

Extensión

R.M: 1045138338

Cargo o actividad: MEDICINA GENERAL

Teléfono celular:

3 1 0 4 4 3 0 7 1 2