



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

0 0 0 0 1 2 2 4 6 5

Fecha:

1 3 - 0 1 - 2 0 2 6

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

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

BALDELAMAR

1er Apellido

QUINTO

2do Apellido

KEVIN

1er Nombre

ALBERTO

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 1 4 3 1 3 5 1 4 7

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

3 1 4 7 3 0 7 9 6 9 - 3

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 881301

1

ULTRASONOGRAFIA DIAGNOSTICA DE TEJIDOS BLANDOS DE

AUTH123

Justificación Clínica:

"TENGO MUCHO DOLOR EN EL OIDO Y ME DUELE EL ABDOMEN"

Impresión Diagnóstica:

Diagnóstico principal

Código CIE10

H 9 2 0

Descripción

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: R.M: 1045138338

Cargo o actividad:

MEDICINA GENERAL

Teléfono celular:

3 1 0 4 4 3 0 7 1 2