



## SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

0 0 0 0 1 2 9 0 0 7

Fecha:

1 9 - 0 2 - 2 0 2 6

Hora:

0 7 : 2 3

## INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (solicitante)

Nombre

OROSALUD CAUCASIA IPS S.A.S

☒ NIT☐ CC

Número 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

CASTILLO

1er Apellido

PASTRANA

2do Apellido

MARIA

1er Nombre

ANGELICA

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 0 5 0 9 4 6 6 7 0

Fecha de Nacimiento

1 9 8 6 \_ 0 7 \_ 2 7

Dirección de Residencia Habitual:

BARRIO PARAÍSO

Teléfono

3 1 3 7 9 8 5 8

Departamento

ANTIOQUIA

0 5

Municipio

CAUCASIA

1 5 4

Teléfono Celular

3 1 3 7 9 8 5 8 2 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 881401

1

ULTRASONOGRAFÍA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL

## Justificación Clínica:

## Impresión Diagnóstica:

Diagnóstico principal

Código CIE10

N 7 6 8

Descripción

OTRAS INFLAMACIONES ESPECIFICADAS DE LA

Diagnóstico relacionado 1

R 1 0 2

DOLOR PELVICO Y PERINEAL

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