



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD

0 0 0 0 1 2 8 8 2 7

Fecha:

1 8 - 0 2 - 2 0 2 6

Hora:

0 8 : 3 1

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

NAVARRO

1er Apellido

NORIEGA

2do Apellido

JULIO

1er Nombre

CESAR

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 5 3 7 1 0 0 7

Fecha de Nacimiento

1 9 8 4 _ 0 6 _ 2 9

Dirección de Residencia Habitual:

BEL PALMAR

Teléfono

3 1 2 7 1 2 9 9 6 7

Departamento

ANTIOQUIA

0 5

Municipio

CAUCASIA

1 5 4

Teléfono Celular

3 1 2 7 1 2 9 9 6 7 - 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☐ Posterior a la atención inicial de urgencias☐ Servicios electivos

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 871121

1

RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUB

Justificación Clínica:

CONTROL DIABETES

Impresión Diagnóstica:

Código CIE10

E 1 1 9

Diagnóstico principal

Descripción

DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE

Diagnóstico relacionado 1

E 7 8 2

HIPERLIPIDEMIA MIXTA

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