



ANEXO TÉCNICO No. 3
MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL



SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD: 2 2 0 4 1 1 2 1 5 6 FECHA: 2 0 2 2 / 0 4 / 1 1
HORA: 1 3 : 2 8

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E. HOSPITAL LA MARIA
Codigo: 0 5 0 0 1 0 6 0 8 6 0 1
Telefono: 098 4447192
Direccion: CALLE 92 EE # 67 - 61
Departamento: ANTIOQUIA 0 5 Municipio: MEDELLIN 0 0 1

Entidad a la que se le informa (pagador) COOSALUD ESS
Codigo: ESS024

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido: URIBE 2do Apellido: CATAÑO 1er Nombre: ISAAC 2do Nombre: []
Tipo Documento de identificacion: []

Registro civil Cedula de extranjeria Cedula de ciudadanía Menor sin identificacion
 Tarjeta de identidad Pasaporte Adulto sin Identificacio
Fecha de nacimiento: 2 0 1 8 / 1 0 / 2 3

Direccion de Residencia Habitual: medellin Telefono: 3 0 0 7 7 0 3 9 4 7
Departamento: ANTIOQUIA 0 5 Municipio: MEDELLIN 0 0 1

Telefono Celular: 3 0 0 7 7 0 3 9 4 7 Correo Electronico: []

Cobertura en salud Regimen Contributivo Regimen Subsidiado Parcial Poblacion Pobre No Asegurada sin SISBEN Desplazados
 Regimen subsidiado-Total Poblacion pobre No Asegurada con SISBEN Plan Adicional de Salud Otros

INFORMACION DE LA ATENCION Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen de la Atencion Enfermedad General Accidente de Trabajo Evento Catastrofico Enfermedad Profesional Accidente de Transito
Tipo de servicio Solicitado Posterior a la atencion de Urgencias Servicios Electivo
Prioridad de la Atencion Prioritaria No Prioritaria

Ubicacion Del Paciente al momento de la solicitud de Autorizacion Consulta Externa Urgencias Hospitalizacion Servicio CONSULTA EXTERNA
Manejo Integral segun Guia de: []

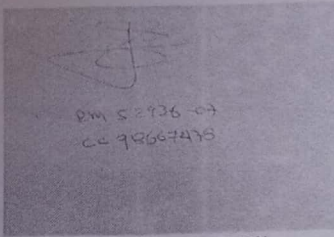
Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
8 9 0 2 8 3	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA A-00009666461

Justificación Clínica: paciente con otitis aguda media , se ordena tto y recomendacionesss valoracion por pediatria por infeccion otica a repeticon

Impresion Diagnostica	CIE10	Descripcion
Dx Principal	H 6 5 1	OTRA OTITIS MEDIA AGUDA, NO SUPURATIVA
Dx relacionado 1	[]	[]
Dx relacionado 2	[]	[]

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

Nombre de que solicita ZAPATA MORA JEIBER HERNAN Telefono: []
Cargo Actividad MEDICINA GENERAL Indicativo: [] Numero: [] Extension: []
Celular: [] Telefono: 4447192



ZAPATA MORA JEIBER HERNAN

2 adicado 254608