

COMPROBADOR DE DERECHOS

Secretaría Distrital de Salud

Sir				imen Su									
Cierr 31/1 Sin Da	0/20		ior R			ndo Bogo			DUA-FO	SYGA	- Fecha	de corte:	
Cierr 31/1			ior R	égimen (.,				BDUA-F	osyg,	\ - Fech	a de corte:	
Ver	Tîpo Id.		1 1 -		Segund Apellic			Segundo Nombre	EPS SANITAS		Observación		
Datos	TI	97061405821		LOPEZ	GALEAN	IO OMAR	. DV	NIEL			Sin derecho a traslado de E No aplica movilidad		de EPS,
		Régime	en Ex	cepción -			NAMES OF THE PROPERTY OF THE P						
lo se e Encue	encon esta	traron re	en Ex	cepción -	· Fuente	e: FiduPr	revisor	a - Feci	na de co	rte: 31	/01/20		corte:
encue 22/0	encon esta	Sisbén	en Exgistros	cepción -	Fuente	e: FiduPr ente: Dep Segundo	evisor: partam	a - Feci ento Na Segundo	na de co	rte: 31	/01/20 eación	15	corte:
Encue 22/0	esta 9/20 Conse	Sisbén 16 cutivo	en Ex	cepción -	II - Fue Primer Apellido	e: FiduPr ente: Dep Segundo Apellido	partam Primer Nombre	a - Feci ento Na Segundo Nombre	na de co	e Plan	/01/20 eación ·	15 - Fecha de	Localidad
Encue 22/0 Ver	esta 9/20 Conse 1247	Sisbén 16 cutivo Tig 131	en Exgistros Meto	cepción -	II - Fue Primer Apellido	e: FiduPr ente: Dep Segundo Apellido	Primer Nombre	ento Na Segundo Nombre	rcional d Ficha Sisbén	e Plan Puntajo Sisbén 86.38	eación Nivel Sisbén Romaia Mayor	15 - Fecha de Fecha Modificación	Pocalidad Custopal Custopal Custopal
Encue 22/0 Ver Datos Regis corte	esta 9/20 Conse 12474 stros : 21/	Sisbén 16 cutivo Tig 131 TI Poblac 11/201	Meto Ida On E	cepción - dología X No. entificación \$1465321	Fuente	e: FiduPrente: Dep	Primer Nombre	ento Na Segundo Nombre	na de co ncional d Ficha Sisbén	e Plan Puntajó Sisbén 88.38	eación Nivel Sisbén Rumaja Mayor Oojlena	Fecha de Fecha Modificación 04/06/2010	Secretaria 1668 530 Horaro de Lunes a V Custopal Va E San Lunes a Pocalidad

L CALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ DE

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES
ADAPTACION DE LA SDS A LA RESOL. 4331 de 2012 - ANEXO TECNICO No. 09
COMBO: 114 RDO ET 622 1 V 1

Elaborado por: Angela Patricia Santos Revisado por: Consuelo Peña Aponte. Aprobado por: Elsa Graciela Martinez. Control documental:

Dirección Planeación y Sistemas - Grupo SIG

Unifere Round Haber

DD MM AA
N° de Planiile Fecha de radicación de la Referencia Hora Militar
TIPO DE USUARIO 1. Ambulatorio 2. En Urgencias 3. Hospitalización 1. Electiva 2. Electiva Prioritaria 3. Urgencias 4. Hospitalización
Primer Nombre Segundo nombre Segundo nombre Primer Apellido Opez Segundo Apellido Opez S
Fecha de Nacimientos Dia Mes Año
Edad: Años Meses Días Horas Tipo Documento Nº Identificación D 367930
Dirección Residencia
Teléfono Localidad PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo mentel, Adulto mayor
A At (for [ive and a)]
Numbre y Apallido Dirección Residencia (1001) FA 7 4 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
AFILIACION SGSSS
Subsidiado Clasif, Socioec. Nivel/Categoría Población Especial Contributivo Particular Nº Ficha I.indigena S. (VA Social M.Menor en Protección G. Indigente D. Desplazado OTRO:
SOLICITUD DE REFERENCIA
Fecha: Dia Mes Año 6 Hora Militar Edad yastacional (sem.)
Identificación de Instituciones Código Punto de Código Punto
Nombre del Procedimiento Solicitado Destino Inicial Atención Destino Atención Destino Atención Destino Atención Destino Atención Destino Atención Destino Inicial
Home locas of 17 70
2 Contac Sacra 1919
Nivel de Atención requerido: Nivel
Anamines is a second control of the second c
Signos Vitales TA: OD / TOmming FC: SQ x min FR: G x min TC: 32 + C PESO: Kg Glasgow: 16 SAT 02: %
Examen Fisico
Paciente con Course de la Con Conducto le Levo-
acety actice converse the transfer dead the quelle
Regultados examenos diagnosticos
Nombo del Diagnostico
The loving leaves of the country of the state of the stat
Tratamiontos y Compilicaciones
tatopardo torreg + mida van com gr
Cloud more of the Contract of
MOTIVO REFERENCIA 1 SERVICIO NO OFERTADO 2. AUSENCIA DEL PROFESIONAL 3. FALTA DE INSUMOS 4. FALTA/FALLA DE EQUIPOS 2 PROJUEDE MANEJO EN OTRO NIVEU
5. FALTA DE CAMAS 6. CESE DE ACTIVIDADES 7. EMERGENCIA SANITARIA 8. REQUIERE MANEJO EN OTRO NIVES
S. AUSENCIA DE CONVENIO
Nombre O VCO FOOD STORY OF Profesional QUE REALIZA LA INSPERENCIA Especialidad PSOCIALIDAD Esp
Registro Planta (1970)
DAYOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIASINOSPITALIZACION) FECHA DIA MES ANO Hora Militar COMO
Nombre Especialidad Cargo
Punto de Destino Final CANCELACIÓN DE LA REFERENCIA
EFCHA DIA MES ANO Hora Militar
NOMOTO MOTIVO DE CANCELACION
1. FUGA DEL PACIENTE 2. FALLECIMIENTO DEL PACIENTE 3. DX NO CONCORDANTE 4. SALIDA VOLUNTARIA 1. FUGA DEL PACIENTE 2. MICIORIA DEL PACIENTE 2. MICI
5. PROBLEMAS ADMINIS, DEL ASEGURADOR 6. REMINION DE SERVICIO 11. AUTORIZACION DEL SERVICIO 11. AUTORIZACION DEL SERVICIO
12. MODIFICACION DE LA REFERENCIA
14. ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION 15. OTRO Cuél: Firma de quien cancela