

 <p>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. NOCHE AMARILLO 2012-13</p>	<p>DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p> <p>FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES</p> <p>ADAPTACIÓN DE LA SIS A LA RESOL. 4331 de 2012 - ANEXO TECNICO No. 09</p>	<p>Elaborado por: Angela Patricia Santos Revisado por: Consuelo Peña Aponte. Aprobado por: Elsa Graciela Martínez. Control documental: Dirección Planificación y Sistemas - Grupo SIG</p>
--	---	---

[illegible]

TIPO DE USUARIO		TIPO DE REMISION			
1. Ambulatorio	<input type="checkbox"/>	2. En Urgencias	<input type="checkbox"/>	3. Hospitalización	<input type="checkbox"/>
		1. Electiva	<input type="checkbox"/>	2. Electiva Prioritaria	<input type="checkbox"/>
				3. Urgencias	<input type="checkbox"/>
		4. Hospitalización			

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

A 1

Primer Nombre Andres Segundo Nombre 25 Primer Apellido Salinas Segundo Apellido 2  
 Fecha de Nacimiento: 20 Dia 25 Mes 06 Año 1996 Sexo M  
 Edad: Años 20 Meses 26 Dias 10 Horas 32  
 Tipo Documento 26 N° Identificación 1032483664  
 Direccion Residencia \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo mental, Adulto mayor, Gestantes, Atención Urgente) 6151 Tula 313573483 +12

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Dirección Residencia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Subsidiado Contributivo		Clasif. Socioec. Particular	Nivel/Categoría N° Ficha	Población Especial	
Ind Administradora:		fcm/5200		Indígena S. IVA Social M. Menor en Protección	
Fecha: Día Mes Año		4/20		G. Indigente D. Desplazado	OTRO:
SOLICITUD DE REFERENCIA					
AFILIACION SGSSS					

Sexo: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Edad gestacional (sem.) \_\_\_\_\_  
Institución de Investigación \_\_\_\_\_

Nombre del Procedimiento		Código Servicio Solicitado	Nombre Punto de Atención Destino Inicial	Código Punto de Atención Destino Inicial	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final
1	<i>Hospitalización</i>	CUPS				
2	<i>Hospitalización</i>	512/110			<i>Clínica Ginecología</i>	
3	<i>Examen de orina</i>				<i>Repts de HANAPARA</i>	

PACIENTES		Kj Glasgow:		°C PESO:		16		SAT O2:		%	
<p>paciente quim. la gura x presen. conductos extraes y            ag. v. m. d. de 1 semana de evolucion</p>											
TA: 110 / 70 mmHg		FC: 82	x min	FR: 18	x min	TC:					
<p>signos vitales</p>											
<p>examen Fisico</p>											

c/c normal c/p USCSNG NLS 125 m v conservado  
 Also bilcado devariable m doloroso ext normal  
 resultados exámenes diagnósticos  
 Normal en defect  
 bre del Diagnóstico

		Código CIE-10 de Diagnóstico
1	Trastorno específico Agudo	F 23.8
2	Trastorno mental 2º con <del>comorbidad</del> SIA- Trastornos y Complicaciones	

MOTIVO REFERENCIA
Dispensando tab 1 mg 1/2-0-1/2 Clonazepam bsts 6-6-6

[illegible]

**DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA REFERENCIA**

Nombre Gerardo Valera Profesión Psicólogo Especialidad \_\_\_\_\_

Registro \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**DATOS ACEPTACIÓN DE LA REFERENCIA (URGENCIAS/NO ESPECIALIZACIÓN)**

FECHA DIA MES AÑO \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Punto de Destino Final \_\_\_\_\_ Funcionario de contacto \_\_\_\_\_

CANCELACION DE LA REFERENCIA					
ECHA	DIA	MES	AÑO	Nombre	
				Hora Militar	
				Especialidad	Cargo
MOTIVO DE CANCELACION					

2. FALLECIMIENTO DEL PACIENTE	3. DX NO CONCORDANTE	4. SALIDA VOLUNTARIA
5. REMISION NO PERTINENTE	6. MEJORIA DEL PACIENTE	7. ALTA DEL PACIENTE
8. CONDICION CLINICA/PACIENTE NO TRASLADABLE	9. AUTORIZACION DEL SERVICIO	10. NO ACEPTACION DE LA REMISION POR PARTE DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA
11. MODIFICACION DE LA REFERENCIA	12. ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION	13. OTRO

Problemas Admins. del Asegurador

Autorizacion Vencida

Modificacion de la Referencia

Asignacion de Cama en Hospitalizacion

15. Otro

Cuál:

Firma de quien cancela

Johana. Garcia.   
 Famisamar.   
 Tatiana. Holano. // ya inicio el Trámite