

31  
ve-6

		DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES ADAPTACIÓN DE LA SDS A LA RESOL. 4331 DE 2012 - ANEXO TÉCNICO No. 03 Código: 114.820.ET.622.1.V.1		Elaborado por: Ángela Patricia Santos Revisado por: Consuelo Peña Acosta Aprobado por: Elsa Graciela Martínez Control documental: Dirección: Planificación y Sistemas - Grupo SIG	
N° de Planilla		Fecha de radicación de la Referencia		DD MM AA	
1. Ambulatorio		TIPO DE USUARIO		TIPO DE REMISIÓN	
2. En Urgencias		3. Hospitalización		2. Electiva	
3. Hospitalización		4. Hospitalización		3. Urgencias	
Primer Nombre		IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		4. Hospitalización	
Fecha de Nacimiento:		Segundo nombre		Primer Apellido	
Edad: Años		Mes		Segundo Apellido	
Tipo Documento		Días		SEXO	
Dirección Residencia		N° Identificación		H	
Teléfono		Localidad		M	
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo mental, Adulto mayor, Gestantes, Atención Urgente)					
Nombre y Apellido					
Dirección Residencia					
Teléfono					
Afilación SCSSS					
Subsidiado					
Clasif. Socioec.					
Contributivo					
Nivel/Categoría					
Entidad Administradora: Sanitar EPS-C					
SOLICITUD DE REFERENCIA					
Fecha: Día 11 Mes 04 Año 17 Hora Militar 10:50					
Edad gestacional (sem.)					
Identificación de Instituciones					
Nombre Punto de Atención					
Código Punto de Atención					
Destino Inicial					
Destino Final					
Código Punto de Atención Destino Final					
1. Nombre del Procedimiento Solicitado					
2. Código Servicio Solicitado					
3. Nivel de Atención requerido:					
4. Nivel de Atención requerido:					
5. Nivel de Atención requerido:					
6. Nivel de Atención requerido:					
7. Nivel de Atención requerido:					
8. Nivel de Atención requerido:					
9. Nivel de Atención requerido:					
10. Nivel de Atención requerido:					
11. Nivel de Atención requerido:					
12. Nivel de Atención requerido:					
13. Nivel de Atención requerido:					
14. Nivel de Atención requerido:					
15. Nivel de Atención requerido:					
16. Nivel de Atención requerido:					
17. Nivel de Atención requerido:					
18. Nivel de Atención requerido:					
19. Nivel de Atención requerido:					
20. Nivel de Atención requerido:					
21. Nivel de Atención requerido:					
22. Nivel de Atención requerido:					
23. Nivel de Atención requerido:					
24. Nivel de Atención requerido:					
25. Nivel de Atención requerido:					
26. Nivel de Atención requerido:					
27. Nivel de Atención requerido:					
28. Nivel de Atención requerido:					
29. Nivel de Atención requerido:					
30. Nivel de Atención requerido:					
31. Nivel de Atención requerido:					
32. Nivel de Atención requerido:					
33. Nivel de Atención requerido:					
34. Nivel de Atención requerido:					
35. Nivel de Atención requerido:					
36. Nivel de Atención requerido:					
37. Nivel de Atención requerido:					
38. Nivel de Atención requerido:					
39. Nivel de Atención requerido:					
40. Nivel de Atención requerido:					
41. Nivel de Atención requerido:					
42. Nivel de Atención requerido:					
43. Nivel de Atención requerido:					
44. Nivel de Atención requerido:					
45. Nivel de Atención requerido:					
46. Nivel de Atención requerido:					
47. Nivel de Atención requerido:					
48. Nivel de Atención requerido:					
49. Nivel de Atención requerido:					
50. Nivel de Atención requerido:					
51. Nivel de Atención requerido:					
52. Nivel de Atención requerido:					
53. Nivel de Atención requerido:					
54. Nivel de Atención requerido:					
55. Nivel de Atención requerido:					
56. Nivel de Atención requerido:					
57. Nivel de Atención requerido:					
58. Nivel de Atención requerido:					
59. Nivel de Atención requerido:					
60. Nivel de Atención requerido:					
61. Nivel de Atención requerido:					
62. Nivel de Atención requerido:					
63. Nivel de Atención requerido:					
64. Nivel de Atención requerido:					
65. Nivel de Atención requerido:					
66. Nivel de Atención requerido:					
67. Nivel de Atención requerido:					
68. Nivel de Atención requerido:					
69. Nivel de Atención requerido:					
70. Nivel de Atención requerido:					
71. Nivel de Atención requerido:					
72. Nivel de Atención requerido:					
73. Nivel de Atención requerido:					
74. Nivel de Atención requerido:					
75. Nivel de Atención requerido:					
76. Nivel de Atención requerido:					
77. Nivel de Atención requerido:					
78. Nivel de Atención requerido:					
79. Nivel de Atención requerido:					
80. Nivel de Atención requerido:					
81. Nivel de Atención requerido:					
82. Nivel de Atención requerido:					
83. Nivel de Atención requerido:					
84. Nivel de Atención requerido:					
85. Nivel de Atención requerido:					
86. Nivel de Atención requerido:					
87. Nivel de Atención requerido:					
88. Nivel de Atención requerido:					
89. Nivel de Atención requerido:					
90. Nivel de Atención requerido:					
91. Nivel de Atención requerido:					
92. Nivel de Atención requerido:					
93. Nivel de Atención requerido:					
94. Nivel de Atención requerido:					
95. Nivel de Atención requerido:					
96. Nivel de Atención requerido:					
97. Nivel de Atención requerido:					
98. Nivel de Atención requerido:					
99. Nivel de Atención requerido:					
100. Nivel de Atención requerido:					

ACEPTADA CLINICA ENANUEL

DR. AGUILERA BUSTOS.

Paula Sanchez

- Johan Roa

LAURA VAQUERO

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES ADAPTACIÓN DE LA SDS A LA RESOL. 4331 de 2012 - ANEXO TECNICO No. 09 Código: 144.BDO.EF.822-1.V.1		Elaborado por: Angela Patricia Santos Revisado por: Consuelo Peña Aponte. Aprobado por: Elsa Graciela Martínez. Control documental: Dirección Planesación y Sistemas - Grupo SIG.	
N° de Plantilla		Fecha de radicación de la Referencia	
		Hora de radicación de la Referencia	
TIPO DE USUARIO		TIPO DE REMISION	
1. Ambulatorio	2. En Urgencias	3. Hospitalización	4. Electiva
Primer Nombre		Segundo nombre	
Edad: Años		Mes	Días
Tipo Documento		N° Identificación	Localidad
Dirección Residencia		Teléfono	
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo mental, Adulto mayor, Gestantes, Atención Urgente)			
Nombre y Apellido			
Dirección Residencia			
Teléfono			
Subsidiado			
Clasif. Socioec.			
Contributivo			
Entidad Administradora:			
Fecha: Día Mes Año Hora Militar			
SOLICITUD DE REFERENCIA			
Edad gestacional (sem.)			
Identificación de Instituciones			
Nombre Punto de Atención Destino Inicial Final			
Código Punto de Atención Destino Final			
Código Punto de Atención Destino Final			
Signos Vitales			
TA: mmHg FC: bpm PR: x/min TC: °C PESO: Kg Glasgow: SAT O2: %			
Examen Físico			
Resultados exámenes diagnósticos			
Tratamientos y Complicaciones			
MOTIVO REFERENCIA			
1. SERVICIO NO OFERTADO			
2. AUSENCIA DEL PROFESIONAL			
3. FALTA DE INSUMOS			
4. FALTA/FALLA DE EQUIPOS			
5. FALTA DE CAMAS			
6. CEBE DE ACTIVIDADES			
7. EMERGENCIA SANITARIA			
8. REQUIERE MANEJO EN OTRO NIVEL			
9. AUSENCIA DE CONVENIO			
10. DEVOLUCION INJUSTIFICADA			
11. OTRO:			
DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA REFERENCIA			
Nombre			
Registro			
Profesión			
Firma			
DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (USUARIOS HOSPITALIZACIÓN)			
FECHA DIA MES AÑO			
Nombre			
Punto de Destino Final			
Especialidad			
Funcionario de contacto			
Cargo			
CANCELACION DE LA REFERENCIA			
FECHA DIA MES AÑO			
Nombre			
Especialidad			
CARGO			
MOTIVO DE CANCELACION			
1. FUGA DEL PACIENTE			
2. FALLECIMIENTO DEL PACIENTE			
3. PROBLEMAS ADMINIS. DEL ASEGURADOR			
4. REMISION NO PERTINENTE			
5. AUTORIZACION VENCIDA			
6. CONDICION CLINICA/PACIENTE NO TRASLADABLE			
7. MODIFICACION DE LA REFERENCIA			
8. NO ACEPTACION DE LA REFERENCIA POR PARTE DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA			
9. ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION			
10. OTRO			
11. SALIDA VOLUNTARIA			
12. ALTA DEL PACIENTE			
13. AUTORIZACION DEL SERVICIO			
14. FIRMAS DE QUIEN CANCELA			